

ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого
Министерства здравоохранения и социального развития РФ»

**73-я итоговая студенческая научно-практическая конференция
с международным участием имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого,
посвященная 100-летию со дня рождения академика Л. В. Киренского
21–24 апреля 2009 года**

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Красноярск
2009

УДК 61(063)(100)

ББК 5

С23

- С-23 **73-я итоговая студенческая научно-практическая конференция с международным участием имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, посвященная 100-летию со дня рождения академика Л. В. Киренского:** Сборник материалов. – Красноярск: Изд-во ООО «Версо», 2009. – 776 с.

Ответственный редактор:

М. М. Петрова – доктор медицинских наук, профессор, проректор по научной работе КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Редакционная коллегия:

Ю. С. Винник – доктор медицинских наук, профессор, куратор Совета СНО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Е. В. Серова – председатель Совета СНО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

И. И. Орлова – заместитель председателя Совета СНО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

С. А. Орлов – член Совета СНО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

ГЛУБОКОУВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

ДОРОГИЕ ДРУЗЬЯ!

Студенческое научное общество существует в Красноярском государственном медицинском университете имени профессора Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого с момента его основания.

Каждый студент, занимающийся в студенческом научном обществе, формирует «золотой» кадровый резерв, от которого зависит будущее университета, науки и практического здравоохранения города Красноярск и Красноярского края.

Ежегодные итоговые конференции стали доброй и ценной традицией, позволяющей ещё в студенческие годы молодому исследователю проявить себя, а профессорам – по достоинству оценить огромный студенческий потенциал будущих высококвалифицированных специалистов.

Конференции в полной мере охватывают множество проблем клинической и фундаментальной медицины, ставят перед студентами и их руководителями всё новые и новые цели и задачи, способствуют неуклонному прогрессивному развитию медицинской науки. Новые идеи, мысли, планы и перспективы дальнейшего развития медицины, которые закладываются именно молодыми людьми и составляют основу нашего будущего.

Ректорат и профессорско-преподавательский состав КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого поздравляют всех участников и гостей из других городов России и зарубежья 73-й итоговой студенческой научно-практической конференции с международным участием имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, посвящённой 100-летию со дня рождения академика Л. В. Киренского, и желают Вам удачи, успехов во всех начинаниях, стремления и достижения цели сочетания научных достижений и практической медицины.

Ректор Красноярского государственного
медицинского университета
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого,
доктор медицинских наук, профессор
Иван Павлович Артюхов





Леонид Васильевич Киренский

07.04.1909 – 03.11.1969 гг.

ЛЕОНИД ВАСИЛЬЕВИЧ КИРЕНСКИЙ – УЧЕНЫЙ, ПЕДАГОГ



(7.IV.1909–3.XI.1969)

Леонид Васильевич Киренский прожил недолгую, но очень яркую и насыщенную жизнь. Л. В. Киренский родился 7 апреля 1909 г. в поселке Амга, в двухстах километрах от Якутска. Отец Л. В. Киренского - Василий Васильевич Киренский – родился в семье отставного унтер-офицера казачьих войск, занимался хлебопашеством в амгинской крестьянской общине. Мать Екатерина Васильевна родилась и выросла в бедной многодетной крестьянской семье. Она окончила Красноярскую фельдшерскую школу. Хозяйство Киренских считалось средним. Семья имела пашню, пару лошадей и корову. В семье Киренских было трое детей – сын и две дочери. В семье всячески поощрялось посильное участие в работе детей, но при этом отец неукоснительно требовал, чтобы начатое дело доводилось до конца. К пяти годам Леня Киренский выучился читать. Первым его учителем был отец. А осенью 1915 года Леня Киренский стал учиться в церковноприходской школе. Учился мальчик легко, слыл выдумщиком и фантазером. Невысокого роста, крепкий и подвижный, он отличался от своих сверстников разве что большей сообразительностью и прилежанием к учебе. Дни были заполнены до предела уроками и работой по хозяйству.

В 1919 г. Леня окончил Амгинскую школу. Ближайшим местом, где можно было продолжить учебу, был Якутск. Жизнь мальчика обогащалась новыми впечатлениями. Якутск с его восьмидесятичным населением и несколькими улицами, казался огромным и шумным городом. Поражала воображение большая многоводная река Лена. Якутск переживал трудное и тревожное время начала 20-х годов. Ученики, отправляясь в школу, должны были нести с собой дрова. Почти полностью отсутствовали учебники, не было бумаги. Однако ученикам выдавали бесплатные завтраки – ломтик хлеба и кусочек вяленой рыбы. Несмотря на житейские невзгоды, дети оставались детьми. У них были свои особые причины для радостей и огорчений. У Лени Киренского детская непосредственность восприятия окружающих явлений и событий удивительно сочеталась с ранней взрослой серьезностью. Он с интересом слушал разговоры взрослых о положении в городе, с жадностью вчитывался в ревкомовские обращения к населению, искал и находил даже малейшую возможность помочь матери в трудные годы. И в то же время он самозабвенно участвовал в играх, отдавая им все свои неистощимые запасы изобретательности, фантазии и озорства.

На базе реального училища в Якутске была организована Школа II ступени, в которую и поступил Л. Киренский. В бескомпромиссной школьной иерархии Леонид Киренский занимал одну из высших ступенек. Он отлично знал математику, сочинял стихи и прекрасно играл в шахматы. Школьникам не повезло с преподавателями физики. Богатый физический кабинет школы практически не использовался. Отсутствие систематического обучения физике потом во многом сказалось на питомцах школы.

В школе II ступени прежнее увлечение Леонида поэзией переросло в большую страсть. Учитель литературы не только сохранил интерес ученика к литературе, но и значительно развил его. Более того, он видел в своем питомце будущего литератора. Критический склад ума, хорошо развитое чувство юмора Леонида нашли свое отражение в многочисленных стихах и частушках на школьные темы. Не менее сильным увлечением Леонида и его друзей в эти годы был спорт: футбол, спортивная гимнастика, городки и, наконец, шахматы. В этом виде спорта среди друзей ему не было равных. Весна 1927 г. была последней школьной весной Леонида Киренского. Позднее он скажет: «Все мы жили тогда в атмосфере усердного добывания знаний».

Школьные учителя прочили молодому Киренскому разное будущее: один видел в нем математика, другой – литератора. У Леонида были свои намерения, но жизнь повернула все иначе. Будущий физик «провалился» на вступительных экзаменах по физике. По возвращении Леонида в Якутск директор русской опытно-показательной школы предложил ему место учителя физики и математики в этой школе. В школе Леонид организовал физический и астрономический кружки. Помимо простейших приборов для астрономических наблюдений, учащиеся мастерили макеты и приспособления для физических демонстраций, которые потом использовались на уроках. С полным основанием можно сказать, что первые уверенные шаги в самостоятельной практической деятельности явились началом формирования Л. В. Киренского и как будущего физика, и как педагога. Осенью получил предложение ехать преподавателем физики и математики во вновь открывающуюся школу II ступени в г. Олекминск. Лучшими годами жизни назовет впоследствии Леонид Васильевич период работы в Олекминске.

К 1930 г. намерение Леонида стать физиком окончательно укрепилось. Он решил поступать на физический факультет МГУ. Однако центральная отборочная комиссия Наркомпроса ЯАССР свое решение сформулировала следующим образом: «В просьбе отказать ввиду недостатка педагогов в Якутске». Зимой 1930–1931 г. Л. В. Киренский жил и работал

в Якутске. 2 июля 1931 г. в центральную отборочную комиссию при Совнарком ЯАССР поступили заявления с просьбой командировать в центральные высшие учебные заведения молодых людей, пятым в списке был Киренский Леонид Васильевич.

Началась студенческая жизнь. Всегда спокойный и доброжелательный, застенчивый и приветливый, он сразу же завоевал симпатии своих товарищей. Искреннее расположение и симпатии к Леониду объяснялись не только тем, что он был старше своих сокурсников и его жизненный опыт сказывался во многих спорах и суждениях. В 1932 г. Леонид Киренский познакомился со студенткой химического факультета МГУ Зиной Поповой. Случайная, как и во все времена, встреча оказалась единственной. Они стали мужем и женой. Киренский учился у многих ведущих физиков: И. Е. Тамма, Г. С. Ландсберга, Перрена, П. Л. Капицы, С. И. Вавилова, Л. И. Мандельштама. Научной специальностью Леонида Васильевича Киренского стал магнетизм. Первый научный доклад на семинаре лаборатории Леонид Васильевич сделал еще будучи студентом. Он рассчитал анизотропию кривой намагничивания кристалла железа.

Начало учебы в аспирантуре для Леонида Васильевича оказалось нелегким. Для осуществления намеченного плана ему пришлось прежде всего научиться выращивать кристаллы никеля и кобальта. Совместно с Брюхатовым была установлена новая закономерность в температурном поведении магнитной анизотропии, которая вошла затем во многие монографии по магнетизму (формула Брюхатова–Киренского). В 1939 году Леонид Васильевич успешно защитил кандидатскую диссертацию.

Леонид Васильевич Киренский приехал в Красноярск по распределению в сентябре 1940 г. Он без колебания выбрал Красноярск, единственный из предложенных сибирских городов. Он ехал в Красноярск с твердым намерением осуществить возникшую еще в аспирантуре мечту организовать в Сибири научную лабораторию по магнетизму.

Красноярский педагогический институт в те годы был молодым учебным заведением. В 1932 г. в институте начался первый учебный год. В 1940 г. на кафедре физики работало пять человек, никто из них серьезной научной работы не вел. Обстоятельства складывались таким образом, что Л. В. Киренский стал первым физиком-кандидатом наук в городе, и еще более важным было то, что оказался первым человеком в Красноярске, страстно желающим организовать научные исследования по физике на самом серьезном уровне. Спустя месяц после приезда в Красноярск Киренский начал читать лекции. Лекции Леонида Васильевича отличались умелым использованием психологических особенностей восприятия материала. Их нельзя было назвать простыми, но они были интересными. Его лекции невольно заставляли думать. И может быть поэтому позднее многие из его слушателей шли работать в науку и сами расширяли представления о физических явлениях. Остроумный и высокообразованный человек, он всегда мог найти момент, чтобы привести на лекции яркий интересный пример, рассказать веселую историю.

Проблемы физики магнитных явлений в те дни на кафедре никого не волновали, а некоторым научная работа представлялась делом столь сложным и грандиозным, что невольно закрадывалось сомнение в необходимости начинать ее. Здесь сказывались и жизненный уклад довоенного Красноярска, и слабое знакомство с теорией магнетизма большинства работников кафедры, и полное отсутствие в институте оборудования, пригодного для постановки научного эксперимента. В ноябре 1940 года Л. В. Киренский становится заведующим кафедрой физики. В конце ноября по инициативе Леонида Васильевича начал работать коллоквиум по ферромагнетизму, ставший впоследствии общегородским физическим семинаром, работа которого продолжалась около 30 лет. К концу апреля 1941 г. с помощью паровозовогоремонтного завода был изготовлен электромагнит, который позволял получать поля до 20 кЭ, хотя внешне выглядел примитивно и смешно. Великая Отечественная война внесла суровые коррективы в жизнь советских людей. Один за другим уходили на фронт преподаватели института. Ушел декан факультета С. Я. Эдельман, теперь факультет возглавил Л. В. Киренский.

Уже в августе в Красноярск начали прибывать оборудование эвакуированных предприятий и первые военно-санитарные поезда. В здании пединститута разместили госпиталь, а физико-математическому факультету выделили не приспособленный для занятий небольшой дом. Удалось отстоять только две маленькие подвальные комнаты. В одной из них был установлен электромагнит, в другой – старый токарный станок. Первой продукцией новой лаборатории оказалась не научная статья, а конкретная прикладная работа – приборы для определения марки стали. Победный 1945 г. стал годом радостных встреч. На кафедру возвратились фронтовики В. Ф. Ивлев, В. Ф. Шадрин, А. Я. Власов. В родной город приехал бывший выпускник пединститута, танкист И. А. Терсков. На кафедре физики Красноярского медицинского института, организованного в годы войны, Терсков начал исследования в новом научном направлении на стыке физики, биологии и медицины. В этот год создавались удачные предпосылки для Красноярского педагогического института. К концу 1945 г. лаборатория располагала уникальной по тем временам установкой, главной частью которой был большой вращающийся магнит, позволяющий получать поля свыше 20 кЭ. В 1948 г. при кафедре физики пединститута была организована аспирантура, что явилось признанием качественного и количественного роста научных исследований, проводимых под руководством Леонида Васильевича. В 1948–1949 гг. в «Известиях АН СССР» и «Докладах АН СССР» появляются первые работы, выполненные в магнитной лаборатории Красноярского пединститута.

С 1945 года по 1948 год Леонид Васильевич возглавляет кафедру физики в Красноярском медицинском институте.

В 1950 году Киренский защищает докторскую диссертацию в МГУ. Много усилий прилагает Леонид Васильевич для организации академического института в Красноярске. Он подготовил обстоятельную записку, содержащую глубокий анализ состояния и развития физической науки в Сибири. В ней отмечалось, что в то время на огромной территории Сибири имелся единственный научный центр по физике в г. Томске. Он писал о необходимости создания второго физического центра в Сибири по линии академии наук СССР или университета. Леонид Васильевич впервые сформулировал план организации института АН СССР и определил программу его работ: исследования в области магнетизма, биофизики, спектроскопии, а также в области разработки контрольной аппаратуры для промышленности. В Президиум АН СССР было направлено письмо с предложением открыть в Красноярске академический институт физического профиля. Ответ пришел через полгода. В лаконичном документе на имя профессора Леонида Васильевича сообщалось: «Академия наук СССР рассмотрела ваше письмо от 27 марта 1952 г. и сообщает, что открыть самостоятельный физический институт в Красноярске АН считает нецелесообразным. Организация такого института в составе восточносибирского филиала также встречает возражения». Решительный официальный отказ, к счастью, не оказал пагубного влияния на энтузиазм и работоспособность коллектива лаборатории и его руководителя. Л. В. Киренский говорил: «Красноярский край не может и не должен длительное время быть потребителем, а стать созидателем научных ценностей. Да и немислимо представить дальнейшее развитие промышленности, освоение природных ресурсов Сибири на базе учреждений за несколько тысяч километров. Наука – это перспектива. Жизнь без перспективы оставлять нельзя».

В результате обсуждения перспектив развития науки была выработана конкретная программа действий. На этот раз предлагался более скромный проект – открытие при Красноярском пединституте академической лаборатории на базе существующей лаборатории магнетизма. В мае 1956 г. 16 красноярских физиков вместе с Л. В. Киренским поехали в Москву на Международную конференцию по магнетизму. Они выступили на этой конференции с 11 докладами. Успешные выступления красноярских магнитологов на конференции укрепили позиции Киренского, вооружили новыми весомыми аргументами в пользу открытия академической лаборатории. После доклада Л. В. Киренского в Академии наук пришли к заключению, что нужно открывать не академическую лабораторию, а академический институт. По трем направлениям – магнетизм, молекулярная спектроскопия, биофизика. В октябре 1956 года в городе Красноярске был создан Институт физики, который теперь носит имя Л. В. Киренского.

В январе 1957 г. на общем собрании АН СССР Л. В. Киренский был избран на пост директора. Первые сотрудники Института стали его строителями в буквальном смысле слова. В структуре Института было три лаборатории, но четкого разделения сотрудников по лабораториям в первые месяцы не существовало. Всех их собрали вместе, рассказали об институте, лабораториях, перспективе развития и спросили каждого: в какой лаборатории желает работать. А они ремонтировали помещения, штукатурили, красили, убирали мусор, ломали ненужное, возводили необходимое и думали. Жизнь Института постепенно налаживалась. Президиум СО АН СССР утвердил новую структуру Института в составе десяти лабораторий и определил научное направление: физика твердого тела, биофизика, спектроскопия. Решился вопрос о строительстве главного корпуса площадью в 6400 м² в пригороде Красноярска, в районе Афонтовой горы.

Широта научных и жизненных интересов Леонида Васильевича обусловила то обстоятельство, что он являлся своеобразным центром кристаллизации многих научных направлений. Характерной чертой основателя Института было умение видеть ростки новых перспективных научных направлений и вовремя поддержать их развитие. По существу многие лаборатории и отделы Института физики первоначально существовали в виде маленьких исследовательских групп в лаборатории Леонида Васильевича. Принцип этот стал основой развития Института. Многим советским и зарубежным ученым Л. В. Киренский был известен как физик-магнитолог. Он был членом Научного совета по физике магнитных явлений АН СССР, председателем секции этого совета по физике магнитных пленок. Л. В. Киренский представлял Советский Союз в комиссии по магнетизму Международного союза теоретической и прикладной физики, являлся членом Интернационального совета по тонким магнитным пленкам.

Неординарность творческих проявлений Леонида Васильевича особенно ярко проявилась в его глубоком интересе к биофизике. Последние десять лет своей жизни он постоянно, активно, с увлечением работал в этой области как научный руководитель и непосредственный исполнитель. Его привлекали многогранные проблемы, обещающие в обозримом будущем расширение разумной власти человека над живой природой, решение узловых общечеловеческих задач, таких, например, как установление экологического равновесия между развивающимся человечеством и средой. Один из немногих численных опытов развития биофизики в составе физического, а не биологического института, предпринятый по инициативе Леонида Васильевича, полностью себя оправдал.

В последние пять лет жизни Леонида Васильевича произошли важные и значительные события. В 1964 г. он избирается членом-корреспондентом, а в 1968 г. действительным членом Академии наук СССР. В 1969 г. Леониду Васильевичу присваивается звание Героя Социалистического труда. В 1963 г. в г. Красноярске по инициативе Леонида Васильевича был открыт филиал Новосибирского университета. В 1969 г. филиал Новосибирского университета был преобразован в самостоятельный вуз – Красноярский государственный университет. Для Леонида Васильевича этот новогодний подарок был особенно приятен. Он постоянно говорил о том, что наука – это прежде всего люди, готовить которых нужно многие годы, тщательно отбирая наиболее трудолюбивых и наиболее талантливых молодых людей. Новый университет – давняя мечта Леонида Васильевича, итог его большой и многолетней работы, постоянных забот и устремлений, огорчений и переживаний – мыслился именно таким животворным источником научной молодежи для Красноярского научного центра.

7 апреля 1969 г. Л. В. Киренскому исполнилось 60 лет. К этому дню в Институте физики СО АН СССР готовились. Еще ни разу Институт не принимал такого количества людей. Спустя несколько дней Леонид Васильевич признался: никогда не думал, что от положительных эмоций можно так сильно устать. Но в октябре после возвращения из Аргентины с XX конгресса Международной астронавтической федерации Леониду Васильевичу стало плохо и его срочно положили в больницу. В ночь на 3 ноября 1969 г. приборы зафиксировали первые перебои в работе сердца, к шести часам утра они стали более частыми. В 8 ч 15 мин сердце Леонида Васильевича Киренского остановилось. Леонид Васильевич Киренский похоронен рядом с Институтом физики СО АН СССР, носящем его имя, в окружении молодых сосен.

к.б.н., доц. Попельницкая И. М.,
к.ф.-м.н., доц. Сорокина Т. П.,
студент 106 гр. ФФМО пед Лаврентьев С. Н.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ**Абарникова О. В.***Красноярский государственный медицинский университет**им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого**Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета***Научный руководитель: к.м.н., доц. Макаренко Т. А.**

Введение. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки (ГВЗПМ) представляют собой не только медицинскую, но и серьезную социально-экономическую проблему. ГВЗПМ – болезнь молодых женщин. Пик заболеваемости приходится на возраст 16-25 лет. Кроме того, отмечено повышение частоты ГВЗПМ на 13% в общей популяции женщин репродуктивного возраста и на 25% у женщин, использующих ВМК. При этом нарушения репродуктивной системы возникают у каждой второй женщины, перенесшей ГВЗПМ, а частота внематочной беременности возрастает у женщин перенесших ГВЗПМ в 10 раз [1, 2].

Причины возникновения ГВЗПМ различны. При проведении анализа 589 случаев ГВЗПМ за 5 лет (материалы гинекологического отделения МУЗ ГKB №6 имени Н.С. Карповича г. Красноярск) установлено, что наиболее часто причиной этих заболеваний являлись ИППП и длительное использование (более 5 лет) внутриматочных контрацептивов (ВМК), реже внутриматочные вмешательства и хирургическая патология (вторичное вовлечение придатков матки):

1. Наличие ИППП (гонорея – до 25-50%, хламидиоз – 25-30%) – 46%.
2. Использование ВМС (несоблюдение правил и сроков использования) – 52%.
3. Внутриматочные вмешательства (аборты, роды и др.) – 0,5%.
4. Хирургические заболевания (аппендицит и др.) – 1,5%.

Не смотря на все достижения клинической фармакологии и оперативной гинекологии, лечение воспалительных заболеваний органов малого таза остается одной из самых сложных задач. Для определения тактики лечения ГВЗПМ необходимо учитывать следующие моменты:

1. Неосложненные и осложненные формы ГВЗПМ отличаются по этиологии, клинической и патоморфологической картине.

2. Возбудители инфекций претерпевают адаптационные изменения к антибактериальной терапии.

3. В основе воспаления лежит нарушение баланса между синтезом про- и противовоспалительных цитокинов, приводящее к усилению системных и локальных признаков инфекционного процесса [3].

В то же время вопросы терапии ГВЗПМ за последние несколько лет претерпели значительные изменения. Это обусловлено появлением многочисленных лекарственных препаратов, их бесконтрольным применением, появлением новых хирургических технологий, а также изменением спектра возбудителей воспалительных заболеваний [3].

Цель исследования. Изучить клинические особенности у женщин с ГВЗПМ и предложить схемы рациональной антибактериальной терапии.

Задачи исследования. Определить чувствительность выделенных микроорганизмов из очагов воспаления к антибиотикам у больных с гнойными воспалительными заболеваниями придатков матки, развившимися на фоне применения внутриматочной контрацепции и без ее использования.

Материал и методы исследования. В связи с этим на базе гинекологического хирургического отделения городской клинической больницы №6 им. С.Н. Карповича г. Красноярск нами было проведено обследование и лечение 61 больной с осложненными формами ГВЗПМ. Учитывая различные механизмы развития этих заболеваний все пациентки были разделены нами на 2 группы: группа А - 27 женщин, у которых ГВЗПМ развилось на фоне длительного применения ВМК, и группа В - 34 пациентки без ВМК.

В структуре ГВЗПМ у обследуемых больных наблюдались только осложненные формы заболевания, при этом чаще встречались: гнойная tuboовариальная опухоль с одной стороны - у 26 больных (63,4%); гнойная tuboовариальная опухоль с обеих сторон - у 1 больной (2,4 %); двухсторонние пиосальпинксы - у 7 больных (17,1%); односторонний пиосальпинкс - у 4 больных (9,8 %); односторонний пиоварум - у 3 больных (7,3%).

С целью изучения особенностей микробного пейзажа возбудителей ГВЗПМ у женщин различных групп нами было проведено бактериологическое исследование. Для этого производился забор содержимого цервикального канала, с ВМС, выпота в брюшной полости и биоптата из гнойного очага воспаления. Выпот из брюшной полости и ткани воспалительно-измененных придатков матки забирались интраоперационно до начала назначения антибактериальных препаратов. Культивирование микроорганизмов осуществлялось как в аэробных, так и в анаэробных условиях.

Чувствительность аэробных, факультативно-анаэробных культур к антибиотикам определяли диско-диффузионным методом на среде Мюллера-Хинтона с использованием стандартных дисков с антибиотиками фирмы BIO-RAD.

Результаты исследования и обсуждение. В результате проведенного исследования нами были выявлены различия в характеристиках женщин обеих групп. Так, пациентки группы А были несколько старше (средний возраст 42,2 года, заболевание у них развивалось на фоне длительного использования ВМК (в среднем в течение 6,5 лет), чаще это был односторонний процесс в виде гнойной tuboовариальной опухоли (более 56%), сопровождающийся тяжелой деструкцией тканей, абсцессом Дугласова пространства, параметритом, межкишечными абсцессами, нередко наблюдалось вовлечение в воспалительный процесс соседних органов (в 24% случаев). В отличие от этого средний возраст пациенток группы В составил 30,5 лет, в анамнезе у большинства из них отмечались ИППП (в 77% случаев). Воспалительный процесс в придатках чаще был двусторонним в виде пиосальпинксов (в 78%), реже односторонним – в 22%, во всех случаях сопровождался диффузным пельвиоперитонитом.

Результаты посевов из очага поражения: у больных группы А достоверно чаще высевались строгие анаэробы - в 79% случаев. В отличие от этого у пациенток группы В чаще высевались либо только аэробы – у 52%, либо ассоциации факультативных аэробов с анаэробами – в 48%. При этом у женщин группы А в 94% случаев выделенные из очага воспаления анаэробные микроорганизмы были устойчивы к метронидазолу, в 12,5% - к клиндамицину, в 6,2% – к амоксицилину. Микроорганизмы рода *Staphylococcus* были устойчивы в 40% случаев к линкомицину и эритромицину, в 20% - к доксициклину и левомицетину.

Все анаэробные культуры были чувствительны к: цефалоспорином II поколения (цефотетан, цефокситин), тикарциллину/клавулановой кислоте, амоксициллину/клавулановой кислоте, имипенему, хлорамфениколу. Выделенные аэробные культуры у пациенток группы В были чувствительны к: цефалоспорином II, III и IV поколения, ципрофлоксацину, линкомицину, аминогликозидам.

На основании проведенного исследования нами были предложены различные схемы антибактериальной терапии больных с ГВЗПМ с учетом особенностей этиологии заболевания. В случаях возникновения заболевания на фоне использования ВМС считаем целесообразным применение ингибиторо-защищенных пенициллинов в виде монотерапии, например:

- Аугментин 1,2 г в/в капельно 3 - 4 раза в сутки;

при улучшении состояния:

- Аугментин 1000 мг per os 2 раза в сутки до 14 дней

Рекомендуемые схемы лечения больных с ГВЗПМ, развившихся без применения ВМС:

1. Аугментин 1,2 г в/в 3-4 раза в сутки + антихламидийный препарат; при улучшении состояния: Аугментин 1000 мг 2 раза в сутки 14 дней + антихламидийный препарат (доксциклин, офлоксацин или сумамед)

или

2. Цефтриаксон 2,0 в/в кап. 1 раз в сутки + Метронидазол 500 мг в/в кап. 3 раза в сутки + антихламидийный препарат (доксциклин, офлоксацин или сумамед).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Курбанова Д.Ф. Воспалительные заболевания придатков матки. – М.: ОАО "Издательство «Медицина», 2007. – 160 с.
2. Краснополский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Гнойная гинекология. – М.: МЕДпресс, 2001. – 288 с.
3. Сидорова И.С., Шешукова Н.А. Принципы лечения воспалительных заболеваний внутренних половых органов // Акушерство и гинекология. – 2007. - №4. – С. 65-68.
4. Балакшина Н.Г., Бушуева Е.В., Кох Л.И. Органосохраняющие аспекты хирургического лечения гнойных воспалительных заболеваний придатков матки // Проблемы репродукции: Технологии XXI века в гинекологии, 2008. – С. 178.
5. Федорова Т.А., Гаспаров А.С., Товмасян В.М., Дубинская Е.Д. Современные методы лечения осложненных форм острых воспалительных заболеваний придатков матки // Проблемы репродукции: Технологии XXI века в гинекологии, 2008. – С. 184-185.

УДК 616-089.844

ЛЕЧЕНИЕ НЕСРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ И ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ЛАДЬЕВИДНОЙ КОСТИ МЕТОДОМ ДИСТРАКЦИИ

Авлохова С. Р.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Каражаев К. Ш.

Проблема лечения несросшихся переломов и ложных суставов ладьевидной кости является наиболее актуальной в хирургии кисти. Среди повреждений костей запястья на долю переломов ладьевидной кости приходится более 70%. Сращение свежих переломов ладьевидной кости наблюдается в 25-98 %. У 32-38% больных – диагностические и лечебные ошибки. Частота несросшихся переломов и ложных суставов ладьевидной кости составляет более 25%.

Ладьевидная кость несёт большую часть нагрузки при опоре на кисть.

Основными особенностями кровоснабжения ладьевидной кости являются: отсутствие надкостницы и расположение связок только в зоне бугристостей. Поздняя диагностика, сложности лечения и медленное сращение за счёт особенностей кровоснабжения при переломе приводят к несросшимся переломам и ложным суставам ладьевидной кости.

Цель исследования: предложить рациональный метод лечения несросшихся переломов и ложных суставов ладьевидной кости.

С 1982 года в клинике травматологии, ортопедии и ВПХ СОГМА при лечении несросшихся переломов и ложных суставов ладьевидной кости применяется дистракционный метод. Данный метод заключается в производстве туннелизации ладьевидной кости по Беку с наложением дистракционного аппарата, состоящего из 2 полуколец, соединённых 3 штангами; спицы Киршнера проводятся через нижнюю треть костей предплечья и II - V пястной костей кисти. Дозированная дистракция по 1 мм в сутки проводится в течение 10-14 дней под рентгенологическим контролем до достижения диастаза в кистевом суставе до 0,8 - 1 см. Фиксация в аппарате осуществлялась в течение 1,5 - 2 месяца. После снятия аппарата на этот же период кисть фиксировалась циркулярной гипсовой повязкой с включением в иммобилизацию основной фаланги I пальца. У людей пожилого возраста наряду с описанным лечением по схеме применялись анаболические стероиды (ретаболил, нерабол). Среди пролечённых данной методикой больных в 94 % случаях достигались хорошие и удовлетворительные результаты (по 3-х бальной системе). Вывод: применяемый метод дистракции в хирургии лечения несросшихся переломов и ложных суставов ладьевидной кости кисти является современным, малотравматичным, позволяющий достигнуть высокого % положительных результатов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ашкенази А.И. Хирургия кистевого сустава. – Москва, 1990. - С. 49-51
2. Беспальчук П.И. Операции в травматологии и ортопедии. – Минск, 2001. – С. 116-124
3. Гасеминежад А.А. Костная пластика по J.D. Adams и R.D. Leonard в лечении и реабилитации больных с несросшимися переломами и ложными суставами ладьевидной кости // Здравоохранение. – Москва, 2003. - №9.-С.48-49
4. Корнилов Н.В., Грязнухин Э.Г. Травматология и ортопедия. – Санкт-Петербург, 1999. - С. 77-80
5. Котельников Г.П. Травматология. Национальное руководство. – Москва, 2008. - 368-370
6. Краснов А.Ф., Мирошниченко В.Ф., Котельников Г.П. Травматология. – Москва, 1995. - С.216-217
7. Трифонова Е. Б., Гольназарова С. В., Осипенко А. В., Кузнецова О. А. Влияние остеогенона на биохимические маркеры метаболизма костной ткани при хирургическом лечении псевдоартрозов, осложненных иммобилизационным остеопорозом // Вестник травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова. - Москва, 2008. - №3.-С.43-46
8. Трубников В.Ф. Травматология и ортопедия. – Киев, 1986.-С.222
9. Усольцева Е.В., Машкара К.И. Хирургия заболеваний и повреждений кисти. - Москва, 1986. – С. 122-126

АНТИОКСИДАНТНЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I И II ТИПА

Авлохова С. Р.

*Северо-Осетинская государственная медицинская академия
Кафедра факультативной терапии с курсом эндокринологии и ВПТ***Научный руководитель: д.м.н., проф. Басиева О. О.**

Сахарный диабет, без преувеличения, занимает одну из драматических страниц мировой медицины. Самая ранняя из всех заболеваний инвалидизация, высокая смертность сделали сахарный диабет одним из первых приоритетов, закрепленных Сент-Винсентской декларацией, национальных систем здравоохранения всех без исключения стран мира. [1].

Когда говорят о сахарном диабете II типа, ни у кого не вызывает сомнений, что речь идет о тяжелом и прогрессирующем заболевании, связанном с развитием как микрососудистых, так и макрососудистых осложнений. Развитие осложнений связывают в первую очередь с хронической гипергликемией, что было убедительно доказано в ходе длительных крупномасштабных исследований, в том числе UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study) [2].

В связи с неуклонным ростом количества людей, страдающих сахарным диабетом, экспертами ВОЗ данная патология названа неинфекционной эпидемией нашего времени. В настоящее время сахарный диабет и его осложнения – в числе первых трех причин смертности после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Ежегодная заболеваемость сахарным диабетом составляет 4–5%. 16% составляют пациенты с сахарным диабетом I типа, 84% – пациенты с сахарным диабетом II типа.

Количество больных сахарным диабетом неуклонно возрастает. По данным Diabetes Atlas 2000, в мире зарегистрирован 151 млн. больных сахарным диабетом II типа. По прогнозам Всемирной Организации Здравоохранения, к 2025 году ожидается увеличение числа больных сахарным диабетом в 2–3 раза по сравнению с сегодняшним и называется цифра – 300 млн. человек [4].

Также установлено, что один из важных процессов, протекающих в организме, связанном с функционированием и повреждением клеток, определяют так называемые свободные радикалы [3].

От момента открытия витаминов до исследования механизма их действия, их роли в гомеостазе и понимания их значения в оксидантной защите организма прошло почти 450 лет [12].

Свободнорадикальное окисление – это процесс непосредственного переноса кислорода на субстрат с образованием перекисей, кетонов, альдегидов, индуцирующих реакции перекисного окисления с участием так называемых активных форм кислорода – супероксидного аниона (O_2^-), перекиси водорода (H_2O_2), гидроксильного радикала ($OH^\bullet$). [9] Основным показателем активности свободных радикалов – малоновый диальдегид, нормальная концентрация которого 2,5–6 мкМ/л. [3]

Выработка активных форм кислорода – ординарное явление в процессе клеточного дыхания, однако она значительно возрастает при воспалении, иммунологических расстройствах, гипоксии, гипероксии, воздействии лекарств, излучений, дефиците антиоксидантов. Гиперпродукция свободных радикалов сопровождается повреждением макромолекул (ДНК, белков и липидов, антиоксидантов) [6].

В начале 70-х годов прошлого века было опубликовано несколько работ, посвященных свободным радикалам, механизму их образования, проблеме старения и значения при этом свободнорадикального окисления, которые положили начало изучению как роли свободных радикалов, так и веществ, блокирующих их активность, названных антиоксидантами. Тогда в научную номенклатуру были внесены такие термины, как свободный радикал, оксидативный стресс, свободнорадикальный каскад, перекисное окисление, антиоксиданты, антиоксидантная защита [5].

Непрерывно образующимся в организме человека свободным радикалам, препятствует антиоксидантная система. Она представлена ферментативными и неферментативными компонентами [7]. Представителями второй группы являются витамины А, Е, С, убихинон, липоевая и никотиновая кислоты, церулоплазмин и др. [10] Основными же антиоксидантными ферментами являются каталаза, глутатионпероксидаза и супероксиддисмутаза [8].

Цель исследования: изучить антиоксидантную активность по содержанию супероксиддисмутазы и малонового диальдегида у больных сахарным диабетом I и II типа.

Задача исследования: определить уровни супероксиддисмутазы и малонового диальдегида у больных сахарным диабетом I и II типа.

Работа выполнена на базе Республиканского эндокринологического диспансера г. Владикавказа.

Объектом исследования стали 103 пациента с сахарным диабетом типов I и II, находившиеся на стационарном лечении в первом и втором отделении Республиканского эндокринологического диспансера г. Владикавказа. Все пациенты дали согласие на участие в исследовании. В группу вошли 42 мужчины и 61 женщина в возрасте от 21 до 75 лет (средний возраст 48 лет) с СД длительностью от 3 до 35 лет. Средняя длительность заболевания составила 6 лет.

Критерием включения являлось наличие сахарного диабета I и II типов с развитием одного или нескольких микрососудистых осложнений и/или диабетической нейропатии.

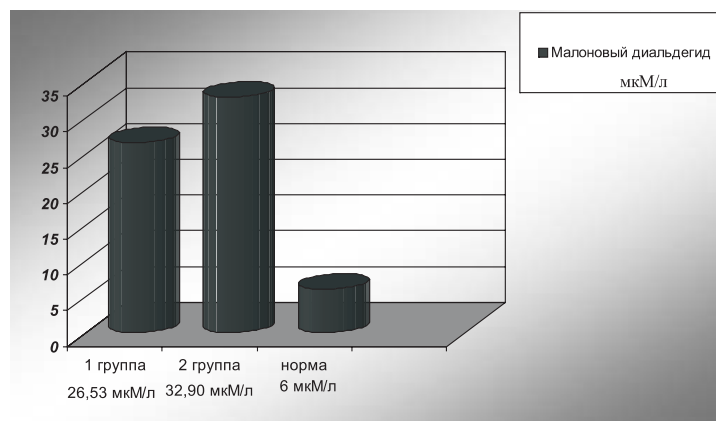
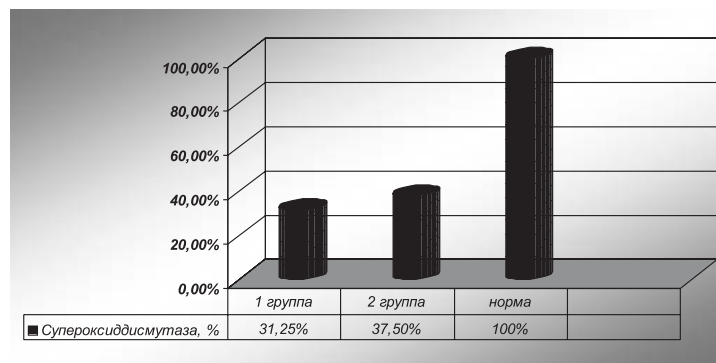
Критериями исключения из исследования служили: выраженная декомпенсация заболевания с регистрируемой кетонурией, хроническая почечная недостаточность; артериальная гипертензия 3 стадии, острый инфаркт миокарда и острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе, заболевания сосудов нижних конечностей, недостаточность кровообращения, острые и обострения хронических воспалительных заболеваний, беременность, психические и онкологические заболевания, злоупотребление алкоголем; терапия в течение 6 предыдущих месяцев антиоксидантными препаратами и витаминами группы В.

В диагностике сахарного диабета типов I и II и оценке степени компенсации углеводного обмена руководствовались рекомендациям ВОЗ 1999г. и национальными стандартами сахарного диабета (И.И. Дедов, 2002).

В соответствии с целями и задачами исследования все обследуемые были разделены на 2 группы: пациенты I группы – это больные сахарным диабетом I типа; пациенты II группы – это больные сахарным диабетом 2 типа.

Определение концентрации супероксиддисмутазы производилось с помощью фотосенсибилизированной хемилюминесценции.

Концентрация малонового диальдегида производилась с помощью реакции с тиобарбитуровой кислотой.



Выводы:

- Сахарный диабет I и II типа сопровождается интенсификацией процессов перекисного окисления липидов.
- При исследовании показателей свободнорадикального окисления антиоксидантной активности у больных сахарным диабетом 1 и 2 типов типа наблюдалась выраженная активация перекисного окисления липидов
- В группе больных сахарным диабетом II типа наблюдалась более высокая тенденция к повышению концентрации малонового диальдегида и по сравнению с первой группой, СОД снижалась до 31,25 % у больных сахарным диабетом I типа, до 37,5% при сахарном диабете II типа.
- Наличие окислительного стресса должно быть учтено при назначении лекарственных средств больным сахарным диабетом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Аметов А.С., Иванов Е.В. Поворотный этап в управлении сахарным диабетом 2 типа // РМЖ. - Москва, 2008. - №28. - С.1876 - 1877.
- Аметов А.С., Карпова Е.В. Новая возможность достижения цели лечения пациентов с сахарным диабетом 2 типа // РМЖ. - Москва, 2008. - №28. - С.1854.
- Владимиров Ю.А. Свободные радикалы и антиоксиданты // Вестник Российской Академии Медицинских Наук. - Москва, 1998. - № 7.- С. 43-51.
- Джанашия П.Х., Мирина Е.Ю. Основные принципы лечения сахарного диабета 2 типа// РМЖ. - Москва, 2006. - №2. - С.112-113.
- Зентов Н.К., Ланкин В.З., Меньшикова Е.Б. Окислительный стресс. Биохимические и патофизиологические аспекты. - Москва, 2001. - С. 340.
- Ивашкин В.Т., Ивашкина Н.Ю., Шульпекова Ю.О. Все ли мы знаем о лечебных возможностях антиоксидантов // РМЖ. - Москва, 2000. - №8. - С. 234.
- Клебанов Г.И., Теселкин Ю.О., Бабенкова И.В. Антиоксидантная активность сыворотки крови // Вестн. Рос. АМН. - Москва, 1999. - №2. -С. 15-22.
- Мари Р., Греннер Д., Мейес П., Родуэлл В. Биохимия человека. - Москва, 1993. - С.124
- Неверов И.В. Место антиоксидантов в комплексной терапии пожилых больных ИБС // РМЖ. - Москва, 2001. - №18. - С.767-768.
- Подколзин А.А., Мегреладзе А.Г., Донцов В.И., Арутюнов С.Д., Мрикаева О.М. Система антиоксидантной защиты организма и старение // Профилактика старения. - Москва, 2000. - №3. - С.12-13.
- Padayatty S. J., Katz A., Wang Y., Eck P., Kwon O., Lee J. Vitamin C as an Antioxidant: Evaluation of Its Role in Disease Prevention. //J. Am. Coll. Nutr.- 2003.- Vol. 22.- P. 18-35.

УДК 616.36-0014-07-089

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМЕ ПЕЧЕНИ

Аксютенко А. Н., Шурко К. С., Семенова О. В., Кречетин Л. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра хирургических болезней № 1*

Научный руководитель: д.м.н., проф. Белобородов В. А.

Повреждения печени являются одной из наиболее актуальных проблем современной ургентной хирургии. Травма печени встречается у 15-20 % пострадавших с травмой живота [1, 2, 4, 5] и занимает второе-третье место по частоте после травмы селезенки и почек [6]. По данным различных авторов закрытые повреждения печени наблюдаются у 30-90% [1, 3, 5], пострадавших, колото-резаные – у 22-69% [1, 3, 5], огнестрельные – 15% [1, 3, 5]. В подавляющем большинстве случаев – 40-81% повреждения печени носят множественный и сочетанный характер. Общая послеоперационная летальность, по данным литературы составляет 14-22% [2, 3, 4]. В последние годы отмечается рост частоты заболеваний печени

и внепечёночных желчных путей (хронический гепатит, цирроз печени, очаговые поражения, желчнокаменная болезнь), что приводит к развитию дистрофических процессов и повышает уязвимость печени момент травмы.

Цель: обобщить опыт оказания неотложной хирургической помощи пострадавшим с закрытой и открытой травмой печени.

Материалом нашего исследования явились данные о 148 пострадавших с травмой печени которые находились на лечении в ГКБ №6 г. Красноярск.

Средний возраст составил $37,4 \pm 2,1$ года. Мужчин было 83,7 %, женщин – 16,3 %. В структуре травм печени преобладали закрытые повреждения – 49 (33,%) случаев, ранения встречались – у 99 (66,9%) пострадавших. Наиболее часто закрытые повреждения печени возникали в результате дорожно-транспортных происшествий и бытовых травм – 20 (40,8%) и 15 (30,6%) случаев соответственно. У 11 (22,5%) пострадавших повреждения печени возникли в результате катотравмы, в 3 (6,1%) случаях механизм травмы выяснить не удалось.

Среди ранений печени преобладали колото-резаные, которые отмечались 97 (98%) пострадавших, огнестрельные ранения встречались в 2 (2%) пациентов.

Повреждения печени чаще всего при закрытой травме сочетались с повреждениями лёгкого - 26,5%, селезёнки - 22,4%, почки - 14,2%, поджелудочной железы - 14,2%; при ранениях – с повреждениями диафрагмы – в 22,2%, лёгкого – в 12%, желудка – в 10%.

Изолированные повреждения печени при закрытой травме живота встречались в 18,4% случаев, множественные – в 10,2% и у подавляющего большинства (71,4%) имела тяжёлая сочетанная травма с повреждением других анатомических областей.

При ранениях печени изолированная травма отмечалась в у 46,4% случаях, множественная – у 12,2 %, сочетанные – у 41,4%, в том числе у 19,2% больных повреждение печени было получено в результате торакоабдоминального ранения. На диафрагмальной поверхности печени различные виды повреждений были выявлены у 75,2%, на висцеральной у 14,6% и у 10,2% повреждения были локализованы на обеих поверхностях.

Подавляющее число пострадавших – 116 (78%) было доставлено в стационар в течение первых 2 часов с момента травмы. При этом в состоянии шока было доставлено 88 (59,4%) травмированных.

Трудностей в диагностике при открытых повреждениях не возникало. Диагностика открытых повреждений печени основывалась на локализации ран в проекции органа, клинике внутреннего кровотечения с соответствующими изменениями крови и проникающем характере ранения. Всем пациентам при поступлении в стационар была выполнена первичная хирургическая обработка, которая и определяла дальнейшую хирургическую тактику. Закрытые повреждения диагностировать сложнее. Симптомокомплекс закрытого повреждения печени заключался в клинике тяжёлой закрытой травмы живота с внутрибрюшным кровотечением. При этом у большинства пациентов эти симптомы маскировались алкогольным опьянением или тяжёлой сопутствующей травмой. Так, алкогольное опьянение имелось у 104 (70,2%) пациентов, а тяжёлая черепно-мозговая травма была диагностирована у 27 (18,2%).

Комплекс диагностических методов при закрытой травме живота заключался в совокупности клинических и лабораторных данных, рентгенографии брюшной полости и грудной клетки, УЗИ, компьютерной томографии и лапароскопии с методикой «шарящего» катетера.

Все пострадавшие с травмой печени были оперированы под интубационным эндотрахеальным наркозом с миорелаксантами. Выбор оперативного доступа определялся характером повреждения. 134 (90%) пациентам была выполнена лапаротомия, у 9 (4,7%) лапаротомия и торакотомия из отдельных доступов, у 3 (2%) торакофренолапаротомия и у 2 (1,3%) торакотомия и диафрагмотомия. Торакофренолапаротомию производили только при тотальном размозжении правой доли печени и при повреждении печёночных вен.

При вскрытии брюшной полости у 70,9% больных отмечался гемоперитонеум в объёме до 500 мл, у 17,5% - от 500 до 1000 мл и у 11,5% - более 1000 мл.

Объём оперативного вмешательства зависел от локализации и степени повреждения печени, а также от наличия сопутствующих травм. В условиях экстренной хирургии на фоне сочетанных повреждений, как правило, выполняли минимальный объём вмешательства. Подавляющему большинству больных - 114 (77%) выполнено ушивание ран и разрывов, с тампонадой прядью большого сальника на питающей ножке - 7 (4,7%). Чаще всего использовались простые узловые, П – образные или блоковые кетгутовые швы, в 8 (6,0%) случаях ушивание дополнено гепатопексией. У 15 (10,1%) больных поверхностные ранения и разрывы не ушивались, паренхиматозное кровотечение останавливалось коагуляцией.

Тампонада марлей выполнена в 1 (0,6%) случае, последнюю старались не использовать, так как она способствует возникновению пролежней печёночных структур с последующим развитием ряда осложнений в послеоперационном периоде. При повреждении сосудисто-секреторных структур, нарушении кровоснабжения, размозжённой части органа выполнялась резекция печени: в 4 (2,7%) случаях – атипичная резекция правой доли, в - 7 (4,7%) – атипичная резекция левой доли печени. Холецистэктомия была выполнена 7 (4,7%) пострадавшим с повреждениями или отрывом желчного пузыря от ложа. В 1 (0,6%) случае при ранении холедоха произведено ушивание раны на дренаже Кера.

К числу наиболее сложных ситуаций при травме печени относятся случаи с разрывом и ранениями заднепечёночной части нижней полой вены и основных печёночных вен. Повреждение этих сосудов отличается быстротой и массивностью кровопотери, возможностью развития воздушной эмболии после вскрытия брюшной полости, сложностью доступа. Повреждение нижней полой вены встретились у 3 (2%) пострадавших, двое из них погибли.

С целью профилактики желчеистечения и развития желчного перитонита, а также при сопутствующей травме поджелудочной железы выполнялось дренирование внепечёночных желчных путей. Необходимость дренирования возникла у 12,1% пострадавших с травмами печени III-IV степени тяжести, холецистостомы была наложена у 15 (10,1%) человек, холедохостомы у 3 (2%). Оперативное вмешательство всегда заканчивали дренированием брюшной полости с последующей активной аспирацией.

Послеоперационные осложнения отмечены у 27 (21,2%) больных. Неспецифические осложнения составили 15,5%, в большинстве случаев это были плеврoлёгочные осложнения.

Специфические осложнения составили 7,4% . Наиболее частыми из них были: поддиафрагмальный, подпечёночный абсцессы, перитонит. Из 148 пострадавших с травмой печени умер 21 (14,1%) человек. При закрытых травмах печени летальность составила 10,1%, при ранениях – 4%. При изучении уровня летальности при закрытых и открытых повреждениях

печени было выявлено, что при изолированных ранениях печени летальность равнялась 2,1%, при множественных – 16,6%, при сочетанных – 7,3%. Большой процент летальности при множественной травме обусловлен тем, что наряду с ранением печени имеются тяжёлые ранения других органов брюшной полости. Наиболее частой причиной смерти являлся шок, обусловленный большой тяжестью повреждения печени и одновременной кровопотерей, травмой других органов и областей тела, характеризующихся острым развитием опасных нарушений кровообращения и метаболизма тканей.

Выводы:

1. При травме печени наибольшее число пострадавших составляют мужчины 83,7%, наиболее трудоспособного возраста – 20-40 лет.
2. Летальность при травме печени зависит от сроков доставки пострадавшего в стационар, степени тяжести повреждения печени, объёма и тяжести кровотечения, адекватности оперативного вмешательства и противошокового реанимационного пособия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бирюков Ю.В., Волков О.В., Рой С. Повреждение печени // Хирургия. – 1997. – №2. – С. 24-27.
2. Борисов А.Е., Кубачёв К.Г., Мохуддинов Н.Д. и др. Диагностика и хирургическое лечение изолированных и сочетанных травматических повреждений печени // Вест. хир. – 2007. – №4. – С. 35-39.
3. Ермолов А.С., Абакумов М.М., Владимирова Е.С. Травмы печени // М.: Медицина, 2003. – 192 с.
4. Кошелев В.Н., Чалык Ю.В. Причины летальности при повреждениях печени и селезенки // Вестн. хир. – 1996. – №2. – С. 51-53.
5. Чирков Р.Н., Васютов В.Я., Шабанов Ю.А. Диагностика и хирургическое лечение повреждений печени // Хирургия. – 2006. – №4. – С. 42-45.
6. Шахназаров С.Р. Повреждение печени // Вестн. хир. – 1996. – №6. – С. 96-99.

УДК 616.381-002-085-089:616-073.27

ПРОЛОНГИРОВАННЫЙ ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫЙ ТРАНСМЕМБРАНЫЙ ДИАЛИЗ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

Аксютенко А. Н., Харикян Ж. А., Денисова А. Б., Кречетин Л. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра хирургических болезней № 1*

Научный руководитель: д.м.н., проф. Белобородов В. А.

Лечение тяжёлых форм перитонита остаётся одной из наиболее сложных проблем клинической медицины. Актуальность проблемы определяется большим количеством больных, тяжестью течения, тяжёлыми осложнениями и сохраняющейся высокой летальностью, которая не имеет тенденции к снижению и колеблется, в зависимости от исходной степени тяжести больных, от 19% до 70% [6].

Наиболее важные принципы лечения перитонита сформулированы в 1926 году немецким хирургом М. Kirschner: источник инфекции должен быть надёжно устранён; бактерии, токсины и вещества, способствующие размножению микроорганизмов, должны быть полностью эвакуированы из брюшной полости. При этом, основными этапами оперативного вмешательства при распространённом гнойном перитоните (РГП) являются устранение источника перитонита, интраоперационная санация и рациональное дренирование брюшной полости, применение оптимальных средств ликвидации синдрома кишечной недостаточности, завершение первичной операции, выбор дальнейшей тактики ведения больного.

Установлено, что основной причиной смерти больных РГП являются синдром полиорганной недостаточности (СПОН) и абдоминальный сепсис, развитие и тяжесть которых напрямую зависят от степени выраженности эндотоксикоза. Общеизвестно, что основными источниками эндотоксикоза при РГП являются очаг воспаления в брюшной полости, брюшина, вовлечённая в воспалительный процесс, а также содержимое кишечника при развитии синдрома энтеральной недостаточности [5, 6].

Учитывая то, что при РГП в патологический процесс вовлечена вся поверхность брюшины, даже полная ликвидация первичного очага воспаления не становится мерой абсолютной профилактики тяжёлого эндотоксикоза. Следовательно, если при РГП очаг инфекции не может быть ликвидирован или локализован в ходе одной операции, при стандартной хирургической тактике имеются определённые недостатки: опасность неполной элиминации источника инфекции, поздняя диагностика осложнений, несвоевременное решение о необходимости повторной операции. Эти предпосылки стали основанием для разработки различных технических приёмов и внедрения в клиническую практику комбинированных методов хирургического лечения, основная цель которых – абсолютный контроль и своевременная хирургическая коррекция состояния органов брюшной полости [3, 4, 7, 9].

Цель исследования: оценить эффективность интраабдоминального трансмембранного диализа (ИТД) в лечении больных с распространённым гнойным перитонитом (РГП) в сравнении с традиционной методикой (метод программированных релапаротомий).

Нами проведен анализ результатов лечения больных с РГП, которые были госпитализированы в отделение гнойной хирургии или реанимации МУЗ ГКБ №6 им. Н.С. Карповича г. Красноярск. За 8 лет в клинике пролечено 1622 больных с гнойным перитонитом, из них 574 больных – с РГП. Среди больных с РГП мужчин было 302 (52,6%), женщин – 272 (47,4%). Средний возраст больных составил 49,4 лет. У 318 (55,4%) больных потребовалось выполнение релапаротомий. Этим больным было выполнено 768 релапаротомий, включая 536 программированных релапаротомий (ПР) и 232 релапаротомии «по требованию» (РПТ). Из 318 больных у 194 (61%) больных выполнялись только ПР, у 47 (14,8%) больных – только РПТ, а у 77 (24,2%) больных – ПР в сочетании с РПТ.

Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи прикладной программы “Statistica 6,0”. Проводили первичную математическую обработку с вычислением средних значений полученных данных (среднее, стандартное отклонение), оценку точности выборочных переменных (стандартная ошибка). Достоверность различий сравнительных данных определяли с использованием показателя χ^2 .

Для проведения данного исследования изучили результаты хирургического лечения 67 больных с РГП. Наиболее частой причиной перитонита являлись деструктивные формы аппендицита (31,4%). В лечении 32 больных использовали

метод ИТД (основная группа), у 35 больных (группа клинического сравнения) применяли только метод программированных санационных релапаротомий. Больные в группах исходно были сопоставимы по тяжести перитонита и риску летальности (Мангеймский индекс перитонита, индекс брюшной полости при перитоните и шкала оценки тяжести состояния больных SAPS-II).

В основной группе установили более раннее купирование признаков системного воспалительного ответа и эндотоксикоза. В этой группе уже на 5-е сутки не было больных с тяжёлым сепсисом и септическим шоком. Среднее количество программированных релапаротомий на одного больного в основной группе почти в 2 раза было ниже, чем контрольной и составило 1,9, в контрольной – 3,4 соответственно. Смертность в исследуемой группе составила 25%, в контрольной – 31,4%.

Выводы:

1. Программированная релапаротомия в настоящее время в России остаётся основным способом, позволяющим осуществлять своевременный «контроль» за состоянием органов брюшной полости при РПП;
2. Пролонгированный интраабдоминальный трансмембранный диализ в сочетании с продлённой новокаиновой блокадой способствует более раннему купированию признаков перитонита и снижению количества программированных санаций брюшной полости;
3. Дополнительное использование пролонгированного интраабдоминального трансмембранного диализа способствует более раннему купированию признаков системной воспалительной реакции и эндотоксикоза, а также снижению летальности у больных РПП.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Брискин Б.С., Хачагрян Н.Н., Савченко З.И. и др. Лечение тяжёлых форм распространённого перитонита // Хирургия. – 2003. – №8. – С. 56-59.
2. Костюченко К.В. Возможности хирургического лечения распространённого перитонита // Вест. хирургии. – 2004. – №3. – С. 40-43.
3. Костюченко К.В., В.В. Рыбачков Принципы определения хирургической тактики лечения распространённого перитонита // Хирургия. – 2005. – №4. – С. 9-13.
4. Малков И.С., Шаймарданов Р.Ш., Бирыльцев В.Н. и др. Новые подходы к лечению разлитого перитонита // Казан. мед. журнал. – 2003. – №6. – С. 424-428.
5. Мустафин Р.Д., Кучин Ю.В., Кутуков В.Е. Программированная релапаротомия при распространённом гнойном перитоните // Хирургия. – 2004. – №10. – С. 27-30.
6. Перитонит: практическое руководство / Под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда, М.И. Филимонова. – М.: Литтерра, 2006. – 208 с.
7. Подачин П.В. Распространённый перитонит: проблемы и перспективы этапных методов хирургического лечения // Анналы хирургии. – 2004. – №2. – С. 5-12.
8. Савельев В.С., Филимонов М.И., Подачин П.В. Программируемая релапаротомия в лечении распространённого перитонита // Анналы хирургии. – 2004. – №2. – С. 42-48.
9. Чернов В.Н., Белик Б.М., Пшуков Х.Ш. Прогнозирование исхода и выбор хирургической тактики при распространённом гнойном перитоните // Хирургия. – 2004. – №3. – С. 47-50.
10. Шуркалин Б.К., Кригер А.Г., Горский В.А. и др. Способы завершения операции при перитоните // Хирургия. – 2000. – №2. – С. 33-37.

УДК 616.33-009.87-039.31:576.8:616-071-08

ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ *HELICOBACTER PYLORI*-АССОЦИИРОВАННОГО ГАСТРИТА КУЛЬТЫ ЖЕЛУДКА

Александрова М. А.

*Иркутский государственный медицинский университет
Кафедра факультетской хирургии*

Научный руководитель: Толкачёв К. С.

Цель исследования:

1. Определение патоморфологических изменений слизистой оболочки культуры желудка под влиянием НР инфекции
2. Оптимизация подхода к верификации хронического НР-ассоциированного гастрита культуры желудка

Работа выполнена на основе анализа результатов обследования и хирургического лечения 79 пациентов, перенесших резекцию желудка. Всем пациентам ранее была выполнена резекция желудка в разных лечебных учреждениях г. Иркутска и Иркутской области. в основную группу включены пациенты, имеющие жалобы со стороны ЖКТ, обусловленные основным постгастрорезекционным синдромом 56 (70,9%), в группу клинического сравнения включены пациенты, перенесшие резекцию желудка, не имеющие жалоб со стороны ЖКТ на момент обследования 23 (29,1%). В ГКС и в ОГР преобладают пациенты мужского пола, что составило в ОГР 40 (73,7±6,0%) и в ГКС (62,5±9,6%) пациентов, (pU<0,05). Средний возраст пациентов в исследуемых группах составил 47,4±1,7 лет и 46,6±3 года, соответственно, (pU<0,05). Основным видом оперативного вмешательства в ОГР являлась резекция желудка по Бильрот -2, пациентов ГКС была по Бильрот-1. Среди пациентов ОГР преобладали органические расстройства. Доминирующим среди расстройств органического характера у пациентов ОГР стал хронический гастрит культуры желудка. При диагностике в ОГР определено 44 (78,6±5,5%) пациента инфицированных НР. Высокая степень обсемененности определялась у 7 (15,9±5,5%), умеренная у 12 (27,3±6,7%) и слабая у 25 (56,8±7,5%) пациентов. После оперативного вмешательства у пациентов ОГР по методике Бильрот-1 частота обнаружения НР составляет 27 (61,4±7,3%) наблюдений, а по Бильрот-2 у 17 (38,6±7,3 %) пациентов. Все пациенты ГКС имели НР-негативный статус.

Материалы и методы исследования: Сбор анамнеза, физикальный осмотр, ФГС (с забором биопсийного материала), оценка уреазной активности («Хелпил-тест»), гистологическое, цитологическое исследование биоптатов. Оценка морфологического состояния слизистой оболочки культуры желудка производилась на основании данных «Сиднейской классификации 1996 г.» с определением: активности воспалительного процесса, атрофии, диспластических процессов. Определение антител НР-IgG в сыворотке крови осуществлялось методом твердофазного ИФА («тест-системы Иммунокомб»). Статистическая обработка материала с использованием критерия Манна-Уитни (U), отбором наиболее информативных признаков с получением решающих правил в виде ЛДФ и КЛДФ, точность группирования пациентов и расчёт графа близости (удалённости) в m-мерном пространстве производился по расстоянию D2 Махалобиса.

Результаты: При выполнении ФГС объективно изучены показатели, отражающие состояние СОКЖ у НР-позитивных и НР-негативных пациентов: отёк, гиперемия, рыхлость и ранимость слизистой оболочки, наличие эрозий, изменения складок, атрофия, видимость сосудистого рисунка, наличие петехий геморрагий, ДГР. Определено, что у НР-позитивных

пациентов преобладали явления отёка в 19 (43,2±7,5%), диффузной гиперемии в 14 (31,8±7,0%), рыхлость в 18 (40,9±7,4%), изменения складок в 20 (45,5±7,5%), атрофия СОКЖ в 7 (15,9±5,5%) наблюдениях. У пациентов ОГР на фоне НР негативного статуса преобладали явления диффузной гиперемии в 4 (33,3±13,6%) и рыхлости в 3 (25,0±12,5%) наблюдениях. У пациентов ГКС явления отёка в 3 (13,0±7,0%) и рыхлости СОКЖ в 3 (13,0±7,0%) наблюдениях. Степень выраженности воспалительного процесса СОКЖ по данным визуального осмотра при эндоскопическом исследовании зависела от степени обсемененности СОКЖ НР – бактериями. Наличие локальной степени гиперемии у 14 (31,8±7,0%) НР - позитивных пациентов соответствовало слабой степени у 12 (27,3±6,7%) и умеренной степени инфицирования у 2 (4,5±3,1%) пациентов. Наличие диффузной степени соответствовало 12 (27,3±6,7%) случаям умеренной степени и в 6 (13,6±5,2%) наблюдениях выраженной степени. Распространённая гиперемия соответствовала выраженной степени обсеменения СОКЖ НР - бактериями в 5 (11,4±4,8%) наблюдениях. Слабая прямая корреляционная связь между минимальной степенью обсемененности и локальной степенью гиперемии, $r=+0,05$. Средняя прямая корреляционная связь между умеренной степенью обсемененности и диффузной степенью гиперемии, $r=+0,39$. Сильная прямая корреляционная связь между выраженной степенью обсемененности и распространённой степенью гиперемии, $r=0,76$. Среди НР-негативных пациентов ОГР и ГКС определена слабая обратная корреляционная связь между отсутствием НР и явлениями локальной и распространённой гиперемии. Морфологические изменения СОКЖ у НР-позитивных пациентов ОГР представлены в виде слабоактивного или минимальной степени активности у 25 (56,8±7,5%) пациентов, умеренной степени активности - у 12 (27,3±6,7%), выраженной степени активности у 7 (15,9±5,5%) пациентов. По степени активности, ($pU<0,05$). Определена сильная прямая корреляционная связь между степенью активности воспалительного процесса в СОКЖ и колонизацией НР бактериями в СОКЖ, $r=+0,89$. Среди пациентов ГКС преобладали явления отсутствия активности у 10 (83,3%), явления минимальной и умеренной степени активности наблюдались в 1 (8,3%) случае каждый. Граф близости (удалённости), у пациентов с разной степенью обсемененности СОКЖ НР бактериями в m -мерном пространстве по расстоянию D2 Махалобиса составил между минимальной степенью активности и умеренной активностью-15 у.е, между минимальной и выраженной-79 у.е, между умеренной и выраженной-24 у.е. Данные показатели свидетельствуют о выраженном отличии в активности воспалительного процесса в СОКЖ в зависимости от степени обсемененности СОКЖ НР бактериями. Точность группирования составила -94,87%. Определено преобладание умеренной степени атрофии в 8 (33,3±9,6%), выраженной в 3 (12,5±6,8%), лёгкой степени атрофии в 13 (54,2±10,2%) наблюдениях, ($pU<0,05$). Выявлена прямая средней силы корреляционная связь между степенью обсемененности СОКЖ НР бактериями и степенью атрофии СОКЖ, $r=0,70$. У НР-позитивных пациентов дисрегенераторные и диспластические изменения слизистой оболочки культи желудка имели зависимость от степени обсемененности НР бактериями. При минимальной степени обсемененности преобладали явления фовеолярной гиперплазии в 8 (32,0±9,3%), среди пациентов с умеренной степенью явления дисплазии 1 степени в 8 (66,7±13,6%), фовеолярной гиперплазии в 5 (41,7±14,2%), при выраженной степени обсемененности явления тонкокишечной метаплазии в 4 (57,1±18,7%), и явления дисплазии 3 степени (42,9±18,7%). Среди НР-негативных пациентов ОГР и ГКС преобладали явления фовеолярной гиперплазии. При определении титра анти-НР-IgG установлена прямая высокой силы корреляционная связь между изменениями титра и степенью обсемененности НР. Так титр антител от 20-60 Ед/мл соответствовал минимальной степени, 60-120 – умеренной. и более 120 – высокой степени обсемененности НР. При Повышении степени обсемененности происходило увеличение титра анти-НР-IgG. точность диагностики составила -95,45%.

Выводы:

1. *Helicobacter pylori* - инфекцию можно рассматривать как одну из причин, приводящих к развитию гастрита культи желудка.
2. Об этом свидетельствует высокая частота верификации НР в СОКЖ после резекции желудка (по Бильрот-1 60,4%, а после оперативного вмешательства по методике Бильрот-2 – 38,6%), более выраженная активность воспалительно-дистрофических и атрофических процессов в слизистой оболочке при наличии и массивности обсеменения, а также улучшение патогистологических показателей после эрадикационной терапии.
3. Всем больным, перенесшим резекцию желудка, имеющим хронический НР-ассоциированный гастрит культи желудка показана эрадикационная антихеликобактерная терапия.
4. Оценка эффективности лечения должна проводиться не только по исчезновению НР из слизистой оболочки через 4 недели-12 месяцев, но и по положительной динамике морфогистологических, иммунологических изменений после лечения.

УДК 616.13-004.6:612.13-086.2+617.711]-053.9

ПОКАЗАТЕЛИ БУЛЬБАРНОЙ БИОМИКРОСКОПИИ У БОЛЬНЫХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ II, III СТАДИЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Андреанова Е. В.

*Кыргызско-Российский Славянский университет
Кафедра специальных клинических дисциплин № 2*

Научные руководители: к.м.н., доц. Шлейфер С. Г., к.м.н., с.н.с. Бебинов Е. М.

Расстройства кровотока в системе микрогемодикуляции – неизбежный компонент почти каждого патологического процесса, так как именно в данной части сердечнососудистой системы реализуется ключевой процесс жизнедеятельности организма – трансапиллярный обмен (А.М.Чернух, 1980; С.А. Селезнев и соавт., 1985, Н.Р.Моллаева, 2003). С этой точки зрения большой интерес представляет изучение микроциркуляции у больных атеросклеротической дисциркуляторной энцефалопатией (АДЭ) с помощью метода бульбарной биомикроскопии [8, 9, 10, 15]. R. Moricke (1973) предложил количественную оценку отдельных патологических явлений, наблюдаемых в сосудистом русле, позволяющих достоверно судить о процессах, происходящих в системе микроциркуляции. В проблемной кардиологической лаборатории Харьковского медицинского института разработан критерий, характеризующий состояние конъюнктивальной микроциркуляции, и позволяющий дать адекватную количественную оценку в баллах с помощью КП - конъюнктивального показателя [11].

В литературе имеются работы с описанием морфологических изменений микроциркуляторного русла бульбоконъюнктивы у относительно здоровых людей в возрасте 56-75 лет (Богоявлинский В.Ф. 1971). По мнению Н. Б. Шульпиной, в пожилом возрасте происходит варикозное расширение сосудов, появляются петехии. Ф.И. Коби в данной возрастной группе, описывает изменение диаметра сосудов конъюнктивы и возникновение пигментаций, повышение ломкости сосудов и частое обнаружение атеросклеротических бляшек. Дитцель обнаружил появление феномена Книзели (прижизненная агрегация, агломерация эритроцитов и расслоение кровотока) у 110 из 175 (63%) обследованных относительно здоровых людей в возрасте 56-75 лет (I ст. – у 30%, II ст.-30%, III ст. – 3%). Сопоставления характерных морфологических изменений в микроциркуляторном русле у пациентов атеросклеротической дисциркуляторной энцефалопатией по стадиям и в возрастном аспекте в доступной нам литературе мы не обнаружили.

Цель исследования. Изучение морфологических изменений микроциркуляторного русла по состоянию бульбоконъюнктивы и количественная интерпретация данных с помощью конъюнктивального показателя у больных атеросклеротической дисциркуляторной энцефалопатией II, III стадии пожилого и старческого возраста и в группе сравнения (относительно здоровые лица пожилого и старческого возраста).

Задача исследования. Провести клинический анализ и дать количественную интерпретацию морфологических изменений микроциркуляции бульбоконъюнктивы у больных атеросклеротической дисциркуляторной энцефалопатией II, III стадии и в группе сравнения, у относительно здоровых людей пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. Для достижения цели и решения поставленных задач было обследовано 86 пациентов в возрасте от 60 до 88 лет, из них в настоящее исследование было отобрано 65 пациентов обоего пола с клиническим диагнозом: АДЭ II и III стадии, по критериям Е.В.Шмидта [13,14,15,]. Группа сравнения (46 человек) – это люди пожилого (60-75 лет) и старческого (76-88 лет) возраста, не нуждающиеся в стационарном лечении и ведущие активный образ жизни. Диагноз АДЭ выставлялся на основании клинических критериев по Е.В.Шмидту, инструментальных методов исследования (ультразвуковой доплерографии и реоэнцефалографии), подтверждающих признаки множественного поражения сосудов головного мозга атеросклеротического генеза [3, 4, 15,], показателей липидного спектра крови и общеклинических обследований.

Критериями исключения из исследования были: отказ больного от сотрудничества с врачом на любом этапе исследования и наличие сопутствующих заболеваний (артериальная гипертензия, сердечная недостаточность, инфаркта миокарда и острые нарушения мозгового кровообращения в анамнезе, тяжелые формы нарушения сердечного ритма, онкологические процессы, соматические заболевания в стадии обострения).

Системная микроциркуляция (МЦ) изучалась биомикроскопией сосудов бульбарной конъюнктивы и проводилось у наружных и внутренних углов обоих глаз, с помощью щелевой лампы ЩЛ – 56 с увеличением в 16- 60 раз. Для количественной оценки микроциркуляторных нарушений использовался конъюнктивальный показатель (КП), включающий информацию о состоянии фона конъюнктивы, морфологических особенностях сосудов, количестве функционирующих капилляров, состоянии тонуса сосудистой стенки, скорости кровотока, агрегации эритроцитов [6, 8]. Расчет показателя производился по таблице критериев для оценки состояния конъюнктивальной микроциркуляции. Его значение определялось суммацией баллов. Субъективная характеристика микроциркуляции в сосудах конъюнктивы давалась по трем основным направлениям: строение сосудов, периваскулярные изменения, состояние внутрисосудистого кровотока [2, 11, 12], также производилась оценка степеней феномена Книзели (по Дитцелю) [9].

Результаты и обсуждение. В результате исследования нами выявлено, что значения КП в группе сравнения совпадают с литературными данными и составляют $15,4 \pm 1,1$ [2,8,11,12], причем исследование КП в пожилом ($KП = 14,5 \pm 0,7$) и старческом ($KП = 16,6 \pm 0,99$) возрасте достоверной разницы не обнаружило ($p > 0,05$). Аналогично и у больных АДЭ II стадии, в пожилом возрасте КП составляет $18,6 \pm 1,5$, а в старческом $21,5 \pm 2,5$, при этом различия между величинами не достоверны ($p > 0,005$). Однако, при сопоставлении КП группы сравнения с больными АДЭ II стадии, соответственно в пожилом и старческом возрасте, имеются достоверные отличия ($p < 0,005$), КП у больных АДЭ II стадии значительно выше. У больных в III стадии АДЭ старческого возраста $KП = 25,1 \pm 1,7$, что достоверно выше значений полученных у больных АДЭ II стадии ($p < 0,005$).

Характер возрастных изменений микрососудов конъюнктивы в группе сравнения проявляется в тенденции к сужению артериол и расширению венул, уменьшению артериоло-венулярного коэффициента (до 1:4), усилению извитости микрососудов и замедлению кровотока в 2/3 случаях. Отмечается увеличение частоты образования микроаневризм, ампулообразных расширений, умеренное или незначительное уменьшение количества функционирующих капилляров, на протяжении и в местах слияния посткапилляров и венул наблюдаются варикозные вздутия в 90% случаев. Часть венозных сосудов, особенно мелких, запустевает, капиллярные сети беднеют, венозные отделы капилляров расширяются, уменьшается количество вено-венулярных соустьев на терминальном уровне в 95% случаев.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о снижении в пожилом и, особенно, в старческом возрасте функции дренажно-депонизирующего звена микроциркуляторного русла конъюнктивы глаза и нарушении венозного оттока [1,2,11,12].

Бульбомикроскопическая картина у больных АДЭ II стадии представлена разной степенью выраженности сужения артериол и расширения венул, резким уменьшением артериоло-венулярного коэффициента (до 1:4, 1:5) и усилением извитости микрососудов, образованием капиллярных клубочков и замедлением кровотока в 2/3 случаях. В 100% случаев, является неравномерность калибра сосудов, нередко с наличием аневризм и саккул. Уменьшение количества функционирующих капилляров, вплоть до полного их исчезновения в отдельных зонах, преобладание спастико-атонического состояния стенок сосудов с умеренным и/или резким замедлением кровотока и наличие эритроцитарных агрегатов в обменном и отводящем звеньях микроциркуляторного русла в разной степени выраженности (I ст.- у 29%, II ст.- у 60%, III ст.-11% пациентов феномена Книзели по Дитцелю) также встречаются в 100% случаев. Фон конъюнктивы был отечным, местами мутным с желтоватым оттенком, в 1/3 случаев обнаруживались единичные небольшого размера облачка петехиальных кровоизлияний с характерной локализацией у внутреннего угла глаза. Более чем у половины больных выражен атеросклеротический ободок радужной оболочки.

Для III стадии АДЭ характерно (практически в 100% случаев) выраженное сужение артериол и расширение венул, резкое уменьшение артериоло-венулярного коэффициента (до 1:5, 1:6 и менее) и усиление извитости микрососудов с образованием капиллярных клубочков, замедлением кровотока, а также неравномерность калибра сосудов, с наличием

аневризм и саккуляций. Также уменьшилось количество функционирующих капилляров, вплоть до полного их отсутствия в отдельных зонах, имелись атеросклеротические бляшки с частичной или полной закупоркой просвета сосудов. Было характерным спастико-атоническое состояние тонуса сосудов атеросклеротического генеза с умеренным и/или резким замедлением кровотока и «высшей» степенью агрегации эритроцитов с расслоением кровотока во всех отделах сосудистой системы конъюнктивы (II ст. - у 7%, III ст. - у 67%, IV ст. - у 26% пациентов феномена Книзели по Дитцелю). Вышеперечисленные изменения одновременно встречаются у 90% больных АДЭ III стадии. Фон конъюнктивы становится отечным, мутным приобретает серовато-желтый оттенок (100%). У 80% больных обнаруживаются облачка петехиальных кровоизлияний, различных по размерам и локализации, которые в большинстве случаев имеют расположение у внутренних углов обоих глаз. Практически у всех больных выражен атеросклеротический ободок радужной оболочки глаза.

Таким образом, нарастание КП от второй к третьей стадии АДЭ свидетельствует о тяжести патологических изменений, происходящих в микроциркуляторном русле. Величина КП совпадает с визуальной картиной бульбомикроскопии.

Выводы:

1. Устанавливается параллелизм между степенью морфологических изменений биомикроскопической картины бульбokonъюнктивы и стадиями АДЭ.
2. Углублению неврологического дефицита при переходе от II к III стадии АДЭ соответствует нарастание микроциркуляторных расстройств и количественного их значения – КП.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Березинская Д.И., Байтерякова Л.С. Вестник офтальмологии, 1963, 1; Материалы I Всероссийского съезда офтальмологов. М., 1963.-2.
2. Богоявленский В.Ф. Значение биомикроскопии сосудов конъюнктивы для диагностики прогрессирующего атеросклероза. Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав. – проф. Я.М. Милославский) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С.В. Курашева. М., 1951-21.
3. Бурцев Е.М. Дисциркуляторная (сосудистая) энцефалопатия // Журнал неврологии и психиатрии. – 1998. – Вып.1. – С.45-48.
4. Вейн А.М. “Вегетативные расстройства” – Москва. 2000. – 749 с.
5. Гиткина Л.С., Пушкарев А.Л., Чапко И.Я. Дисциркуляторная энцефалопатия: критерии диагностики и медико-социальная экспертиза: Метод. рекомендации / Бел. НИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов, ГИУВ. Минск, 1998. -21 с.
6. Грибачева И.А. и др. Морфо-функциональные и нейроиммунные особенности у больных с хронической цереброваскулярной патологией. // Вестник новых медицинских технологий. -2002. – Т.9, №3. – С.102-103.
7. Кадыков А.С., Шахпоронова Н.В. «Сосудистые заболевания головного мозга», М-2007г
8. Колосовский Б.Н. Развитие капилляров мозга. Медгиз, М., 1949, Циркуляция крови в мозгу. Медгиз, М., 1951.
9. Комиссаренко А.А. Церебрально-кардиальные гемодинамические соотношения при начальных проявлениях неполноценности кровоснабжения мозга и дисциркуляторной энцефалопатии (клинико-физиологическое исследование): Автореферат. дисс.докт.мед.наук. – СПб, 1995 С.45-48
10. Куприянов В.В. Вопросы морфометрического анализа и элементы моделирования процессов в системе микроциркуляции. М 1978г труды.
11. Кузнецова Л.Л. Изменения микроциркуляторного русла у больных с начальными формами сосудистых заболеваний мозга. М 1963г С. 93-95
12. Шмидт Е. В. «Начальные формы сосудистых заболеваний нервной системы» 1977.
13. Шмидт Е.В. Классификация сосудистых поражений головного и спинного мозга. // Журнал неврологии и психиатрии. – 1985. – Т.85, №9. – С.1284-1288.
14. Marcus H.S. Transcranial doppler ultrasound // British Medical Bulletin. – 2000. – Vol.56, №2. – P. 378-388
15. Heiss W.D., Rosner G. // Ann.neurol. – 1983. Vol. 14. –P.294-301.

УДК 616.831-005.4-092.9:577.15

КАТАЛИТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ИЗОФЕРМЕНТОВ КРЕАТИНКИНАЗЫ В УСЛОВИЯХ МОДЕЛИРОВАНИЯ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Аникина Е. А.

*Нижегородская государственная медицинская академия
Кафедра биохимии им. Г. Я. Гордиской*

Научные руководители: д.б.н., проф. Ерлыкина Е. И., асп. Сергеева Т. Ф.

Нарушения мозгового кровообращения, вызванные различными причинами, приводят к тяжелым нарушениям метаболизма и функций нервной ткани. Основную опасность для нервных клеток в ишемическом очаге представляют три процесса: истощение энергетических ресурсов, избыточное накопление возбуждающих аминокислот, обладающих нейротоксическим действием, и образование первичных активных форм кислорода [5].

В условиях ишемии в первую очередь происходят изменения в процессах метаболизма клетки, а это, в свою очередь, связано с уменьшением концентрации макроэргических соединений. Центральное место в процессах накопления, транспорта и регуляции баланса внутриклеточной энергии занимает креатинфосфокиназная система. В условиях энергодиффицита, который имеет место при острой ишемии головного мозга, особенно важное значение приобретает процесс образования и доставки энергетических эквивалентов к местам их потребления [2].

При открытии явления ассоциации креатинкиназы с субклеточными структурами было выявлено существование трех цитозольных и двух митохондриальных изоформ фермента.

Цитоплазматические формы построены из субъединиц двух типов: М и В. В соответствии с этим выделяют мышечную (ММ), мозговую (ВВ) креатинкиназу и смешанную форму, гетеродимер, МВ. Цитоплазматическая креатинкиназа (циКК) участвует в переносе креатинфосфата, необходимого для синтеза новых макроэргов, в межмембранное пространство митохондрий.

Митохондриальная креатинкиназа (миКК), входящая в состав функционального комплекса межмембранного контактного сайта с транслоказой адениловых нуклеотидов и белком - порином наружной митохондриальной мембраны, катализирует образование высокоэнергетического соединения – креатинфосфата и играет важнейшую роль в направленном транспорте энергии из митохондрий в цитоплазму клетки, а также в стабилизации уровня макроэргических соединений аденилового пула, то есть является одним из ключевых ферментов энергетического метаболизма.

Креатинкиназа, локализованная в митохондриях, имеет «саркомерную» форму, характерную для мышц, и «вездесущую» форму, характерную для мозга, легких, почек и других несокращающихся тканей, кроме печени. Фермент может существовать в растворе в виде смеси по крайней мере двух олигомерных форм: димера и октамера. Октамер имеет квазисферическую структуру и построен из четырех димеров, которые связаны между собой силами гидрофобного взаимодействия. Равновесие между олигомерными формами может изменяться под влиянием факторов имеющих физиологическое значение: pH, субстратов и др. [3, 4].

Таким образом, появление миКК является адаптационным приспособлением к сложной структурной организации белков в клетке, создающей внутри некоторых белковых комплексов диффузионные ограничения, которые становятся существенными для веществ, присутствующих в клетке в низкой концентрации.

В настоящее время актуальным направлением медицины является профилактика повреждающего влияния гипоксии или ишемии без фармакологических вмешательств и раскрытие внутриклеточных механизмов повышения толерантности мозга к неблагоприятным воздействиям.

Целью исследования явилось изучение каталитической активности изоферментов креатинкиназы в условиях моделирования ишемии головного мозга.

Материалы и методы исследования. Эксперименты проводились на белых беспородных крысах-самцах массой 150-180 г. Условия кислородной недостаточности моделировали путем нарушения гемодинамики головного мозга. Ишемия мозга создавалась путем билатерального лигирования общих сонных артерий. Операция проводилась под наркозом: нембутал внутривенно в дозе 30 мг/кг веса животного. Продолжительность операции составила 7-10 минут. Ткань мозга исследовали через 0,5 часа (30 минут) и 3 суток после оперативного нарушения гемодинамики головного мозга.

Для выделения митохондриальной и цитоплазматической фракции мозга применялся метод дифференциального центрифугирования [1]. Митохондрии разрушали гипотонической обработкой в течение 30 минут при температуре 0-4°C с последующим ультрацентрифугированием. Осадок, содержащий мембраны митохондрий, служил для характеристики мембраносвязанной формы фермента.

Определение креатинкиназной активности проводили спектрофотометрическим методом в сопряженной с пируваткиназой и лактатдегидрогеназой системе [7].

Концентрацию белка определяли по методу Бредфорда [6].

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью пакета программ BIOSTAT. Для оценки значимости различий выборок применялся критерий Стьюдента t и определялся уровень значимости p . Результаты представлялись как $M \pm m$.

Результаты и обсуждение. Проведенные исследования показали, что в условиях моделирования ишемии головного мозга происходит изменение активности изоферментов креатинкиназы (табл.).

Таблица

Распределение активности изоферментов креатинкиназы в условиях моделирования ишемии головного мозга (нмоль креатина/мг*мин)

Условия эксперимента	Общая митохондриальная фракция	Митохондриальные мембраны	Цитоплазматическая фракция
Интактные животные	562,00±45,56 n = 7	579,50 ±37,57 n = 7	528,60±25,61 n = 7
Ишемия мозга, 30 минут	442,60±33,81* n = 5	467,10±42,50* n = 5	600,90±27,85 n = 5
Ишемия мозга, 3 суток	597,50±55,47** n = 5	573,43±36,17** n = 5	653,70±68,15* n = 5

* - статистически значимые различия по сравнению с интактными животными, $p < 0,05$

** - статистически значимые различия по сравнению с 30 минутной ишемией, $p < 0,05$

Установлен незначительный рост активности циКК относительно интактных животных при 30-минутном нарушении мозгового кровообращения. Дальнейшее увеличение продолжительности ишемии до 3 суток приводит к повышению активности циКК на 20% в сравнении с исходным уровнем.

Активность миКК в условиях острой ишемии снижается примерно на 21% как в общей митохондриальной фракции, так и в осадке митохондриальных мембран. Свойства миКК во многом зависят от ее взаимодействия с мембраной митохондрий. Острое нарушение мозгового кровообращения приводит к активации процессов перекисного окисления липидов и разрушению мембран нейрональных клеток, что вызывает изменение свойств мембраносвязанных ферментов [2]. Вероятно, при 30-минутной ишемии происходит нарушение взаимодействия фермента с мембраной митохондрий и, как следствие, уменьшение его активности.

При увеличении сроков ишемии до 3 суток активность миКК повышается в сравнении с 30-минутной ишемией и соответствует активности интактных животных для мембраносвязанного фермента, а в общей митохондриальной фракции ее величина даже несколько превышает исходный уровень.

Таким образом, билатеральная перевязка общих сонных артерий не приводит к существенным изменениям в активности циКК в обеих экспериментальных группах животных (ишемия 30 минут и 3 суток) по сравнению с интактными животными. В то же время эффект острой ишемии проявляется в снижении активности миКК, что является ответом нервной клетки на ишемию. Рост активности митохондриального изофермента до исходного уровня при увеличении ишемического воздействия до 3 суток указывает на приспособление нервной клетки к новым условиям ее функционирования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белоусова Л.Н., Федосов С.Н., Москвитина У.Л. и др. // Вопр. мед. хим. - 1987. - №1. - С. 138-142.
2. Ерлыкина Е.И., Хватова Е.М., Колчина Н.С. // Нейрохимия. - 2006. - Т. 23, № 1. - С. 52-56.
3. Липская Т.Ю. // Биохимия. - 2001. - Т. 66, вып. 2. - С. 149 - 166.
4. Липская Т.Ю. // Биохимия. - 2001. - Т. 66, вып. 10. - С. 1361-1376.
5. Оглоблина В.М. // Украинский журнал экстремальной медицины им. Г.О. Можаяева. - 2005. - Т. 6, № 2. - С. 81-86.
6. Bradford V.V. // J. Anal. Biochem. - 1976. - Vol. 72. - P. 248-254.
7. Tanzer M.L., Gilvarg C. // J. Biol. Chem. - 1959. - Vol. 234. - P. 3201-3204.

АНАЛИЗ ПОТРЕБНОСТИ В ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЖИТЕЛЕЙ СОВЕТСКОГО РАЙОНА ГОРОДА КРАСНОЯРСК

Анисимова И. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра микробиологии, общественного здоровья и здравоохранения с курсом ПО, терапевтической стоматологии*

Научные руководители: доц. Бакшеева С. С., ст. преп. Сабанова А. О., асс. Сорокина Е. Б.

Актуальность проблемы. Стоматологическая заболеваемость остается достаточно высокой и необходимы дальнейшие исследования ее динамики. В настоящее время накоплены данные о влиянии на распространенность и интенсивность стоматологических заболеваний, т. е. называемых критерии факторов риска, определение патогенетической роли которых позволит предупредить диспропорцию между клиническими вариантами нормы и патологии [2].

Стоматологическое здоровье оценивается по субъективным, зависящей от самой личности, отношения к своему здоровью, и объективным, обусловленным уровнем развития стоматологической службы, принципами организации медицинской помощи, распространенностью стоматологических заболеваний. К числу причин, вызывающих стоматологические заболевания, относят большое число факторов риска, среди которых большую роль играют: активность системы локальной противокариозной защиты эмали, наследственность, состояние иммунной системы, соматические заболевания [1,4,5].

Наряду с указанными причинами, существенное значение на состояние стоматологического здоровья оказывают социально-гигиенические факторы, характер и изменчивость которых зависит не только от индивида, но и от экологической ситуации в регионе, образа жизни людей, профессиональной деятельности. Прогноз и планирование развития стоматологической помощи невозможно без эпидемиологического специализированного изучения населения на предмет распространенности болезней зубов и полости рта. Внедрение в практику методов профилактики в значительной степени снижает уровень стоматологической заболеваемости [3].

Распространенность кариеса зубов в различных регионах России колеблется от 60% до 98%, а интенсивность кариеса зубов, согласно классификации ВОЗ, от очень низкой до очень высокой.

Современная профилактика стоматологических заболеваний позволяет в большинстве случаев предупредить возникновение заболеваний. Одним из наиболее массовых видов поликлинического обеспечения населения является специализированная стоматологическая помощь, включая ортопедическую.

В связи с этим изучение эпидемиологических, организационно-медицинских аспектов и профилактики стоматологических заболеваний, а также определение потребности в стоматологической ортопедической помощи является актуальной задачей.

Целью работы является социально-гигиенический анализ потребности в стоматологической ортопедической помощи городского населения (на примере Советского района города Красноярск).

В исследовании были поставлены и решены следующие задачи:

1. Проанализировать распространенность стоматологической заболеваемости Советского района города Красноярск.
2. Изучить удовлетворенность населения стоматологической помощью.
3. Рассчитать потребность в стоматологической ортопедической помощи взрослому населению данного района.

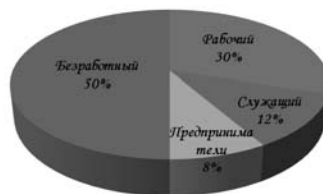
Материалы и методы исследования. Базой исследования являлась стоматологическая поликлиника КрасГМА.

На первом этапе исследования было проведено анкетирование 300 респондентов в возрасте от 18 лет и старше (170 мужчин и 130 женщин), обратившихся в поликлинику КрасГМА. В анкету включены вопросы, позволяющие оценить организацию профилактической стоматологической помощи. На втором этапе было изучено 300 медицинских карт формы №043/у пациентов, посетивших стоматологическую поликлинику КрасГМА в 2008 году. На третьем этапе определялся объем необходимого ортопедического лечения жителей Советского района города Красноярск на основании статистических данных стоматологической поликлиники КрасГМА.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью t -критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Анкетированием установлено, что большую часть респондентов 50% составили студенты и пенсионеры и 30% рабочие, чуть меньше служащие (12%) и предприниматели (8%) (рис. 1).

Распределение респондентов по социальному положению



По результатам анкетирования установлено, что 95,6% респондентов оценили свое стоматологическое здоровье как удовлетворительное, 2,7% - плохое, и 1,7% - как хорошее.

Особенности формирования ответственного отношения к своему здоровью включают ежегодные профилактические осмотры врача-стоматолога не менее двух раз в году. Выполнение данной рекомендации во многом зависит от личной ответственности индивида за свое здоровье. Результаты же исследования свидетельствуют о том, что только 36% посещают стоматолога 1 раз в год. 2-3 посещения зафиксированы у 34% респондентов, более 3 раз – 30%.

Рекомендации врача стоматолога выполняют только 67,7% респондентов, а 32,3% отступали от рекомендованного лечения.

По данным анкетирования 68% ответили, что удовлетворены качеством работы врача-стоматолога, и только 32% были не удовлетворены работой врача – стоматолога.

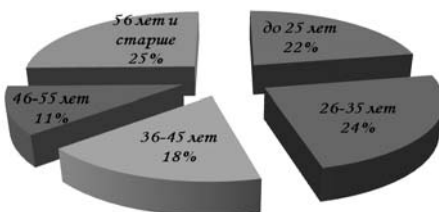
Причинами несвоевременного обращения за ортопедической помощью пациентов являлись в основном материальные затруднения - 33% к числу опрошенных, боязнь ощущения боли - 35%, нехватка времени - 17% и затруднились ответить - 15%.

Настораживает то факт, что с профилактической целью обращается только 57,6% респондентов, а 42,4% не обращаются вовсе.

Результаты анкетирования свидетельствуют о необходимости усиления профилактической работы в стоматологии, повышения мотивации населения в сохранении своего стоматологического здоровья.

Для изучения распространенности стоматологической патологии у взрослого населения (18 лет и старше) Советского района, наибольший удельный вес в числе обследуемых составили лица старших возрастных групп (рис. 3).

Распределение обследуемых по возрасту



При изучении стоматологических карт интенсивность кариеса зубов (кариес, пломба, удаленный зуб) в среднем составила 12,66 (табл. 1).

Таблица 1

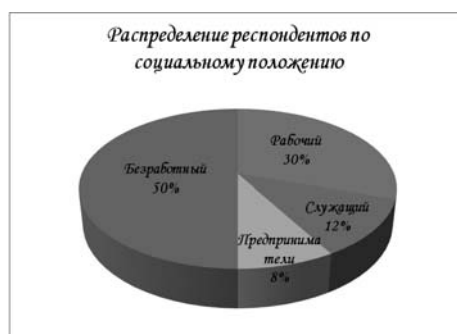
Интенсивность кариеса у респондентов по социальному положению

Социальное положение	Интенсивность кариеса зубов по возрастным группам				
	До 25 лет	26-35 лет	36-45 лет	46-55 лет	56 лет и старше
Студенты	16,57+0,5*	—	—	—	—
Рабочие	6,87+1,0*	36,6+0,8*	20,4+0,7*	19,94+0,9*	39,27+2,5*
Служащие	—	37,4+1,3*	20,6+1,4*	20,25+2,0*	—
Предприниматели	—	—	13,3+2,1*	32,25+2,5*	—
Пенсионеры	—	—	—	—	46,4+0,8*

Примечание: * - статистически значимое различие показателей от наименьшего (критерий Стьюдента, $p < 0,05$)

Как свидетельствуют данные интенсивность кариеса зубов в возрастных группах различна. Таким образом, значительно подвержены кариесу пенсионеры. Распространенность кариеса у жителей Советского района составила 98%.

В процессе исследования нами был изучен отчет за 2008 г. о работе стоматологов – ортопедов. При изучении отчета о выполненных ортопедических конструкциях показало, что изготовлено мостовидных протезов – 246, частично съемных протезов – 159, полных съемных протезов – 97, бюгельных протезов – 74 (рис.4).



Проведенные расчеты объемов стоматологической помощи могут быть использованы для планирования объемов работы стоматологов - ортопедов в условиях городских стоматологических поликлиник.

Выводы:

1. Анкетирование пациентов обратившихся за помощью в поликлинику КрасГМА свидетельствуют о необходимости усиления профилактической работы в стоматологии, повышения мотивации населения в сохранении своего стоматологического здоровья.

2. Распространенность кариеса среди жителей обратившихся за стоматологической помощью составила 98,0%. В возрасте до 25 лет интенсивность кариеса преобладала у студентов (16,57+0,5), в возрасте 26-35 лет у служащих

(36,6±0,8), в 36-45 лет – также у служащих (20,6±1,4), 46-55 лет – у предпринимателей (32,25±2,5), и в группе 56 лет и старше – у пенсионеров (46,4±0,8).

3. Потребность в ортопедической помощи жителей Советского района составила 69%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бутова В. Г. Система организации стоматологической помощи населению России / В. Г. Бутова, В. Л. Ковальский, Н. Г. Ананьева. – М.: Медицинская книга, 2005. – 166 с.
2. Кузьмина Э. М. Распространенность и интенсивность кариеса в России. //Клиническая стоматология. – 1998. - №1. – с. 36-38.
3. Леонтьев В. К. Оценка основных направлений развития стоматологии в России / В. К. Леонтьев, В. Т. Шестаков, В. Ф. Воронин. – М.: Медицинская книга, 2003. – 280 с.
4. Мосеева М. В. Клиника, диагностика и пути профилактики основных стоматологических заболеваний у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Казань, 2000. – 23 с.
5. Москаленко О. А. Состояние органов полости рта у больных с хронической почечной недостаточностью при лечении их гемодиализом и трансплантацией почек: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Омск, 1995. – 28 с.

УДК 616.98-091

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Анохина А. М., Курбанов Д. Ш.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра патологической анатомии им. П. Г. Подзолкова

Научный руководитель: к.м.н., асс. Котиков А. Р.

Каждый день, около 6800 человек в мире становятся ВИЧ-инфицированными и около 5700 человек погибают от заболеваний, обусловленных ВИЧ. Несмотря на значительные успехи за последнее десятилетие в сфере ранней диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, данная инфекционная патология представляет собой одну из самых весомых проблем современной медицины. Данная проблема представлена наиболее остро в малоразвитых и развивающихся странах, на долю которых приходится около трети всех ВИЧ-инфицированных. В России в 2008 году насчитывалось 433827 ВИЧ-инфицированных, при этом прибавка за полугодие составила около 30000 человек. В Красноярском крае на 01 февраля 2009 года зарегистрировано 9678 ВИЧ-инфицированных, при этом еще в первой половине 2008 года было зарегистрировано 78 умерших.

Как известно, вирус иммунодефицита человека относится к семейству ретровирусов, роду лентивирусов. Проникая в организм человека, ВИЧ заражает CD4 Т-лимфоциты, макрофаги и некоторые другие типы клеток. Таким образом, ВИЧ ослабляет клеточное звено иммунитета, что находит свое отражение в реализации разнообразных инфекционных заболеваний.

Целью данной работы явилось изучение особенностей клинико-патоморфологических изменений умерших вследствие ВИЧ инфекции в г. Красноярске за 2008 г. и первые два месяца 2009 г.

Исследование производилось на базе Красноярского краевого патологоанатомического бюро (начальник – Соколов В.Д.), а также на базе патологоанатомического отделения Городской больницы №6 им. Н.С. Карповича (зав. – Парно А.А.). Материалом исследования явились: протоколы вскрытий 20 умерших с секционными картами, аутопсийные микрпрепараты, данные историй болезни умерших.

В отношении каждого случая была произведена оценка клинического и окончательного патологоанатомического диагноза, характер развития инфекционной патологии (на основании прижизненных бактериологических исследований), патоморфологические изменения внутренних органов.

У всех умерших в последние месяцы жизни количество CD4 лимфоцитов было менее 100 кл./мл., т.е. имела место IV или V стадия (СПИД) ВИЧ – инфекции.

При анализе основной причины смерти умерших от ВИЧ-инфекции установлено, что преобладающей патологией явился туберкулез – 10 случаев (50%). Следует отметить, что среди форм туберкулеза преобладал генерализованный туберкулез – 6 случаев. В одном случае был отмечен гематогенный туберкулез с преимущественным поражением легких, в двух случаях выявлен фиброзно-кавернозный туберкулез и в одном случае имел место острейший туберкулезный сепсис. У 3 умерших (15%) основной причиной смерти зарегистрирована пневмоцистная пневмония. В 3 случаях (15%) установлен сепсис в форме септикопиемии, при этом в данной категории не учитывался острейший туберкулезный сепсис. Бактериальная пневмония, как основная причина смерти определена в двух случаях (10%). Столько же случаев пришлось на хронический вирусный гепатит «С» с формированием цирроза печени. Указанные данные представлены на рисунке 1.

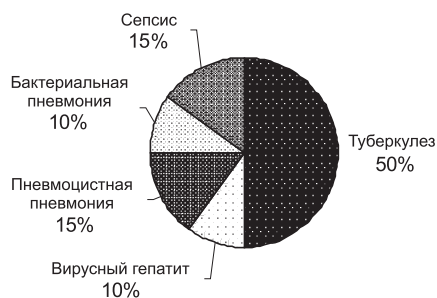


Рис. 1. – Распределение инфекционной патологии у лиц умерших вследствие ВИЧ-инфекции (n=20)

Следует отметить, что ситуация с превалированием туберкулеза у ВИЧ-инфицированных, как основной причины смерти совпадает с литературными данными. Необходимо указать, что туберкулез у ВИЧ-инфицированных характеризуется рядом особенностей:

- Преобладание альтеративно-экссудативных изменений при минимальной продуктивной реакции
- Минимальное число гигантских клеток Пирогова-Ланганса
- Очаги туберкулезного воспаления характеризуются мономорфностью, соответствующие одинаковой давности возникновения процесса
- Поражение сосудов специфического и неспецифического характера с формированием деструктивных панваскулитов и тромбоваскулитов с выраженной периваскулярной сосудистой реакцией

Отдельного рассмотрения заслуживают случаи смерти ВИЧ-инфицированных с проявлениями сепсиса. Во всех 3 случаях имела место септикопиемия. Сепсис вызванный *Staphylococcus aureus* характеризовался многочисленными гнойными очагами в головном мозге, легких, миокарде. Септикопиемия, обусловленная *Staphylococcus epidermidis* проявлялась гнойным шейным лимфаденитом, флегмоной шеи, апостематозным нефритом. Форма сепсиса, вызванная *Streptococcus pyogenes* характеризовалась гнойным перикардитом, острым катарально-гнойным энтеритом и апостематозным нефритом.

Ниже на рисунке 2 представлено распределение инфекционных агентов, сыгравших важную роль в танатогенезе умерших.

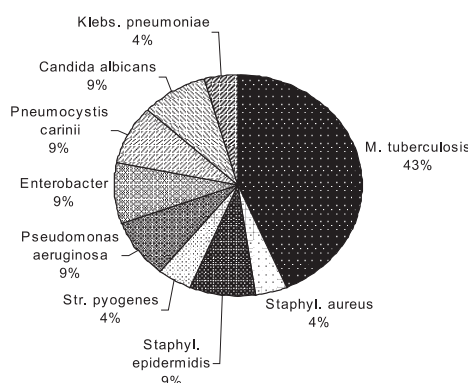


Рис. 2. – Распределение бактериальных инфекционных возбудителей у лиц умерших вследствие ВИЧ-инфекции (n=20)

Исходя из представленной картины отчетливо заметно превалирование микобактериальной инфекции. В указанный график не вошли данные о выявленных вирусных агентах, среди которых в 3 случаях имел место вирусный гепатит «С» и в одном случае в крови был выявлен цитомегаловирус (не оказавший существенного влияния на танатогенез).

Таким образом, у лиц умерших от ВИЧ-инфекции отмечалось преобладание бактериальной инфекции, среди которой превалировала микобактериальная инфекция, при этом туберкулезный процесс имел тенденцию к генерализации, тканевая реакция носила преимущественно альтеративно-экссудативный характер, имели место воспалительные реакции со стороны сосудов. У больных с клинически и патоморфологически установленным сепсисом главным проявлением служили множественные бактериальные эмболы во внутренних органах. Вирусные инфекционные поражения имели меньший удельный вес и проявлялись вирусным гепатитом «С» и цитомегаловирусной инфекцией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Пархоменко Ю.Г., Ерохин В.В., Зюзя Ю.Р. / Патоморфологические изменения в легких при туберкулезе у умерших от ВИЧ-инфекции в стадии СПИДа // Архив патологии, 2007. - №5. - С. 26 – 28.
2. Gooze L., Daley C.L. / Tuberculosis and HIV // HIV In Site Knowledge Base Chapter, 2003.
3. Vergis E.N., Mellors J.W. / Natural history of HIV-1 infection // Infect. Dis. Clin. North Am. 2000, 14: 809-25
4. World Health Organization HIV/AIDS Department / Priority interventions HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector // Version 1.2 - 1 February 2009.

УДК 616.36-036:616.36-008.51

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ИНТЕГРАЛЬНЫХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Антюфьева Д. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра общей хирургии*

Научные руководители: к.м.н., доц. Дунаевская С. С., асс. Дябкин Е. В.

В последнее время заболевания желчевыводящей системы занимают ведущее место в структуре хирургической патологии брюшной полости и являются причиной для проведения 2,5 миллионов оперативных вмешательств ежегодно. Наиболее частой причиной смерти у больных с механической желтухой является развитие печеночноклеточной недостаточности. Поэтому целью нашего исследования стало выявление особенностей уровня энзимных маркеров печеночной недостаточности и интегральных гематологических показателей у больных с механической желтухой неопухолевого генеза.

Для создания контрольной группы при поступлении в стационар больных механической желтухой неопухолевого генеза, диагноз устанавливался на основании общеклинических, лабораторных и инструментальных методов обследования,

был сделан развернутый анализ крови и рассчитаны следующие показатели: лейкоцитарный индекс интоксикации по Кальф-Калифу (ЛИИ1), лейкоцитарный индекс интоксикации по Островскому (ЛИИ2), индекс стресса (ИС), индекс соотношения сегментоядерных нейтрофилов к лимфоцитам (ИСЛ), индекс соотношения нейтрофилов к лимфоцитам (ИСНЛ), индекс соотношения лимфоцитов к эозинофилам (ИСЛЭ), при значениях ЛИИ1 $\leq 2,5$, ЛИИ2 $\leq 2,75$, ИС $\leq 1,0$, ИСЛ $\leq 7,0$, ИСНЛ $\leq 12,0$, ИСЛЭ $\leq 18,0$ – оценивают как лёгкую степень тяжести; при ЛИИ1 от 2,6 до 4,5, ЛИИ2 от 2,76 до 5,0, ИС от 1,1 до 2,0, ИСЛ от 7,1 до 10,0, ИСНЛ от 12,1 до 16,0, ИСЛЭ от 18,1 до 22,0 – оценивают как среднюю степень тяжести; при ЛИИ1 свыше 4,5, ЛИИ2 больше 5,0, ИС больше 2,0, ИСЛ более 10,0, ИСНЛ свыше 16,0 и ИСЛЭ больше 22,0 – оценивают как тяжёлую степень патологического процесса. Таким образом, было набрано 3 группы по 10 человек каждая равные по половому и возрастному составу, отбор в группы производился по степени тяжести заболевания.

В дальнейшем производили развернутый анализ крови за сутки до операции, на первые, третьи, пятые седьмые сутки после операции и перед выпиской, и рассчитывали интегральные гематологические показатели лейкоцитарный индекс интоксикации по Кальф-Калифу (ЛИИ1) и по Островскому (ЛИИ2), абсолютный лимфоцитоз (АЛ), индекс соотношения нейтрофилов к моноцитам (ИСНМ), индекс стресса (ИС), индекс соотношения сегментоядерных нейтрофилов к лимфоцитам (ИСЛ), индекс соотношения лимфоцитов к скорости оседания эритроцитов (ИЛСОЭ), индекс соотношения лимфоцитов к гранулоцитам (ИЛГ), индекс соотношения нейтрофилов к лимфоцитам (ИСНЛ), индекс соотношения лимфоцитов к моноцитам (ИСЛМ), индекс соотношения лимфоцитов к эозинофилам (ИСЛЭ). Кроме того, на первые, третьи, пятые, седьмые сутки после операции производили определение энзимных маркеров печеночной недостаточности билирубина, АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТ и ЛДГ.

Полученный в исследованиях материал был обработан методами статистического анализа, используемыми в биологии и медицине. Оценка достоверности различий средних проводилась с использованием параметрических методов статистического анализа – критерия Стьюдента

Легкая степень тяжести также подтверждалась клинической картиной заболевания и данными инструментального обследования. При поступлении интегральные гематологические показатели достоверно отличались от показателей в других группах и от нормы. При заборе биохимического анализа крови уровень билирубина равнялся 28,94, АЛТ = 78,84, АСТ = 49,33, ЩФ = 154,36, ГГТ = 296,56 и также достоверно отличались от нормы и от показателей других групп.

За сутки после оперативного вмешательства на фоне стандартной консервативной терапии произошло снижение всех интегральных гематологических показателей. Интегральные гематологические показатели так же достоверно отличались от нормы и от показателей других групп.

На первые сутки после проведения хирургического вмешательства интегральные гематологические показатели в первой группе значительно отличались от нормы и от показателей других групп, и составили: ЛИИ1 равнялся 4,26, ЛИИ2 = 5,32, индекс стресса составил 2,57, абсолютный лимфоцитоз составил 2610,89, ИСЛ = 11,35, ИЛСОЭ = 11,76 ИЛГ = 2,63 ИСНЛ = 16,41, ИСНМ = 26,74, ИСЛМ = 5,49 ИСЛЭ = 24,00, что может быть обусловлено операционной травмой. Так же произошло значительно увеличение уровня основных биохимических маркеров, билирубин составил 83,69, АЛТ = 117,46, АСТ = 80,04, ЩФ = 180,40, ГГТ = 582,50, ЛДГ = 442,44.

В послеоперационном периоде на фоне традиционной терапии (спазмолитики, антибиотики, гемостатические препараты, кровезаменители дезинтоксикационного ряда) происходит постепенная нормализация интегральных гематологических показателей и энзимных маркеров.

На третьи сутки после оперативного вмешательства все интегральные гематологические показатели значительно отличаются от нормы и показателей других групп. Биохимические показатели: АЛТ = 83,45, АСТ = 71,03 ГГТ = 329,42, ЛДГ = 373,00. Произошло повышение уровня билирубина (билирубин = 90,23), в то время как уровень щелочной фосфатазы пришел в норму (ЩФ = 120,31).

На пятые сутки после оперативного вмешательства интегральные гематологические показатели при легкой степени тяжести достоверно отличаются от нормы и от показателей других групп. Биохимические показатели: уровень билирубина значительно снизился и составил 47,77, уровень АЛТ составил 58,30, ГГТ = 217,57, ЛДГ = 320,37, что также достоверно отличается от нормы и показателей других групп. Уровень АСТ нормализовался и составил 43,32.

На седьмые сутки после оперативного вмешательства интегральные гематологические показатели всё еще достоверно отличаются от нормы и показателей других групп

АЛТ = 24,77, АСТ = 29,32, ЩФ = 71,00, ЛДГ = 185,50 находятся на нормальном уровне, в то время как билирубин равный 37,06 и уровень ГГТ равный 154,50 достоверно отличается от нормы и от показателей других групп.

При выписке все интегральные гематологические показатели в пределах нормы.

На основании клинических данных и интегральных гематологических показателей при поступлении была создана вторая группа больных – средней степени тяжести.

Интегральные гематологические показатели при поступлении достоверно отличались от нормы и были значительно выше показателей первой группы и значительно ниже показателей третьей. Уровень всех биохимических маркеров также был значительно повышен: уровень билирубина составил 157,44, АЛТ = 134,82, АСТ = 89,05, ЩФ = 218,64, ГГТ = 282,96.

За сутки до оперативного вмешательства произошло достоверное снижение всех интегральных гематологических показателей на фоне проводимой консервативной терапии, но они продолжали достоверно отличаться от нормы и от показателей других групп.

В первые сутки после оперативного вмешательства на фоне операционной травмы интегральные гематологические показатели значительно отличаются от нормы и от показателей других групп. Уровень биологических маркеров также значительно вырос и составил уровень билирубин 301,37, АЛТ = 223,2, АСТ = 155,3, ЩФ = 303,40, ГГТ = 859,90, ЛДГ = 438,90.

На третьи сутки происходит достоверное снижение всех интегральных гематологических показателей и биологических маркеров, однако их уровень продолжает достоверно отличаться от нормы и от показателей других групп.

На пятые сутки также происходит достоверное снижение уровня всех интегральных биохимических показателей и биохимических маркеров, но ни один из них не достигает нормального уровня:

На седьмые сутки после операции уровень интегральных показателей и биохимических маркеров продолжает снижаться: Единственным биохимическим маркером, достигшим нормального уровня к седьмым суткам, является АСТ равный 46,50.

При выписке происходит нормализация всех интегральных гематологических показателей, также отсутствует достоверное различие между показателями при выписке между первой и второй группами.

При тяжелой степени тяжести уровень интегральных показателей при поступлении значительно отличались от нормы и превышали показатели других групп. Уровень биохимических показателей также значительно превышал норму и отличался от показателей других групп: билирубин 224,50, АЛТ = 148,75, АСТ = 134,00, ЩФ = 428,00, ГГТ = 1372,00.

На фоне консервативного лечения происходит достоверное снижение уровня интегральных биохимических показателей, за сутки до оперативного вмешательства он остается стабильно высоким и значительно отличается от нормы и показателей других групп.

На первые сутки после оперативного вмешательства происходит значительное увеличение уровня интегральных гематологических показателей и ферментов: ЛИИ1 = 9,26, ЛИИ2 = 9,86, индекс стресса равен 4,98, абсолютный лимфоцитоз составил 4658,52, ИСЛ = 18,45, ИЛСОЭ = 20,36, ИЛГ = 9,06, ИСНЛ = 32,65, ИСНМ = 41,28, ИСЛМ = 10,24, ИСЛЭ = 45,66, билирубин 341,12, АЛТ = 160,00, АСТ = 130,75, ЩФ = 431,50, ГГТ = 1366,75, ЛДГ = 460,50. Все показатели значительно отличаются от нормы и достоверно превышают показатели двух других групп.

На третьи сутки после оперативного вмешательства уровень биохимических маркеров и интегральных гематологических показателей продолжает достоверно отличаться от нормы и значительно превышать показатели других групп.

На пятые сутки уровень интегральных гематологических показателей и биохимических маркеров продолжает оставаться стабильно высоким. Уровень билирубин составляет 195,8, АЛТ = 141,25, АСТ = 100,25, ЩФ = 412,00, ГГТ = 1289,00, ЛДГ = 471,25.

На седьмые сутки уровень интегральных гематологических показателей и ферментов снижается, но продолжает достоверно отличаться от нормы и превышать показатели других групп.

При выписке происходит нормализация таких интегральных гематологических показателей как ЛИИ1 (0,95), ЛИИ2 (1,64), индекс стресса (0,62), ИСЛ (5,14), ИЛГ (2,07).

Остальные интегральные гематологические показатели продолжают достоверно отличаться от нормы: абсолютный лимфоцитоз составляет 1779,75, ИЛСОЭ = 5,63, ИСНЛ = 9,16, ИСНМ = 16,28, ИСЛМ = 2,14, и ИСЛЭ = 14,38.

Выводы:

1. Определение интегральных гематологических показателей и биохимических маркеров играет важную роль в определении степени тяжести механической желтухи неопухолевого генеза.
2. Определение интегральных гематологических показателей и биохимических маркеров позволяет оценить состояние неспецифической реактивности организма, также интенсивность и характер воспалительного процесса, а так же риск развития печеночноклеточной недостаточности у больных механической желтухой неопухолевого генеза.
3. Определение интегральных гематологических показателей и биохимических маркеров позволяет выбрать уровень стартовой терапии, а так же отслеживать её эффективность, и при необходимости производить коррекцию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алтыев Б.К., Назыров Ф.Г., Ваккасов М.Х. и др. Комплексное лечение гнойного холангита у больных неопухолевой обструкции внепеченочных желчных протоков // Анн. хирургич. Гепатологии, 2003г., Т. 3, № 3, стр. 30.
2. Балалыкин А.С. ЭРПХГ, ЭПТ и чресспиллярные операции – успехи и проблемы: сб. тез. 3-го Моск. межд. конгр. по эндоскоп. Хирургии, – Москва, 2005г., стр. 22 - 24.
3. Гульман М.И., Винник Ю.С., Черданцев Д.В. и др. Хирургическая тактика при различных формах калькулезного холецистита у больных с высоким операционным риском // Совр. хирургич. Технологии, Красноярск, 2006г., стр. 50-57.
4. Данович А.Э., Рычагов Г.П., Назаренко П.М. Роль ЭРПХГ в диагностическом алгоритме заболеваний панкреатобилиарной системы // Анн. хирургич. Гепатологии, 2004г., Т. 3, № 3, стр. 55 - 56.
5. Мумладзе Р.Б., Чеченин Г.М., Эминов М.З., Лебедев С.С., Мелконян Г.Г., Гамзатов А.Г., Баринов Ю.В., Иванова Н.А. // Анналы хирургии.- 2004. - № 4. - С. 41-45.

УДК 616.981.232-036/2-053.2

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Анциферова Е. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра детских инфекционных болезней с курсом ПО*

Научный руководитель: асс. Кутищева И. А.

Менингококковая инфекция (МИ) остается актуальной проблемой современной инфектологии, что обусловлено тяжестью и непредсказуемостью клинического течения, достаточно высокой заболеваемостью и летальностью [3]. Для педиатрии эта патология имеет особое значение, поскольку уровень заболеваемости среди детей всегда превышает таковые показатели у взрослых, 70 - 85% заболевших составляют дети до 14 лет, именно у детей чаще развиваются генерализованные формы заболевания [2, 4]. На территории Красноярского края период эпидемического благополучия по МИ продолжается с 2000 года, заболеваемость сохраняется на уровне 11,3-8,2 на 100 тыс. населения [1].

Цель работы: выявить клинико-эпидемиологические особенности МИ у детей в период спорадической заболеваемости.

Задачи исследования:

1. Определить серогрупповой пейзаж менингококков, выделенных от больных с генерализованными формами МИ.
2. Изучить возрастную структуру, клинические особенности заболевания в современных условиях.

Материалы и методы: проведен клинико-статистический анализ 175 историй болезни детей с генерализованными формами МИ, прошедших через отделение нейроинфекций и реанимации МУЗ ГК ДИБ №1 г. Красноярск за период 2002 – 2008 гг.

Диагноз МИ ставился на основании клинико-эпидемиологических и лабораторных данных, для этиологической расшифровки проводилось бактериологическое исследование и реакция латексной агглютинации ликвора и крови.

Лабораторное подтверждение МИ имело место у 35,4% (62) больных: в 30% случаев антиген менингококка выявлен методом РЛА, в 22% - возбудитель выделен из крови и ликвора бактериологическим методом.

Лидирующим серотипом на современном этапе является менингококк группы В – 66%, 21% среди выделенных штаммов составляет серотип С, 8% - нетипируемые штаммы, 3,3% - серотип А, 1,7% - тип Y/W135. (Рис.1).

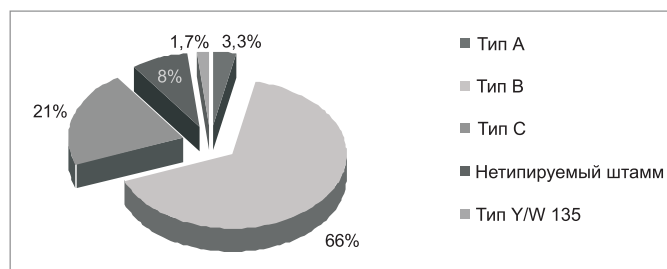


Рис. 1. – Этиологическая расшифровка МИ

В последние годы не отмечается четкой сезонности заболевания, МИ регистрируется примерно равномерно в течение года с некоторым оживлением в зимне-весенний период: зимой – 32%, весной – 26%, летом – 20%, осенью – 22% от общего количества случаев за год.

Среди заболевших, по-прежнему, преобладают дети раннего возраста (82%). Дети первого года жизни составили 49%, от 1 до 2 лет – 20%, 2 – 3 лет – 13%. На долю больных старше 3 лет приходится всего 18%. Особенностью последних лет является появление случаев заболевания у детей первых трех месяцев жизни (6,9%) (Рис.2).

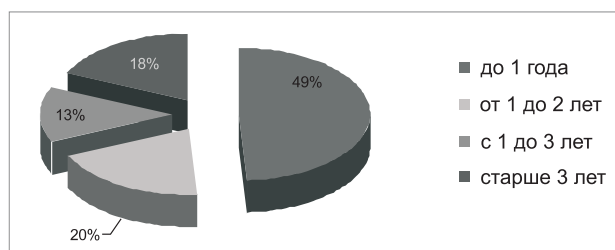


Рис. 2. – Возрастная структура больных МИ

Ведущей генерализованной формой МИ является комбинированная, т.е. сочетание менингококцемии с менингитом (63%), реже диагностируются «чистая» менингококцемия (28%) и менингит (9%).

Частота развития ИТШ составляет 54%, но значительно уменьшилась его тяжесть. В 80% случаев развивался ИТШ I степени, в 11,6% - II степени, в 8,4% - шок III степени. (Рис.3).

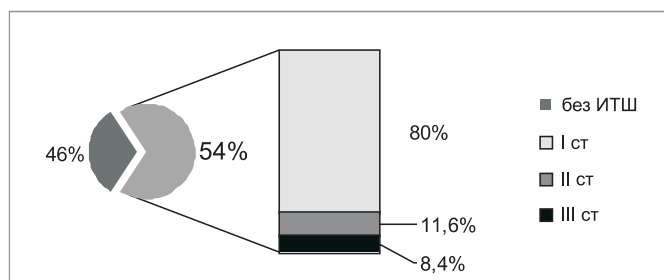


Рис. 3. – Частота и степень ИТШ при МИ

Чаще ИТШ регистрируется у детей первого года жизни (48%) и в возрасте 1-2 лет (37%), реже встречается среди больных 3х лет и старше (15%).

Для ранней диагностики МИ необходимо иметь постоянную настороженность и четко представлять опорно-диагностические признаки генерализованных форм заболевания. Для инфекции по-прежнему характерно острейшее начало (96%). Первым симптомом у 93,7% детей был подъем температуры до фебрильных цифр, причем гипертермия характеризуется стойкостью, плохо поддается снижению в ответ на применение антипиретиков.

Патогномоничным симптомом менингококцемии и комбинированных форм МИ является геморрагически-некротическая сыпь, которая наблюдалась у 90% больных. Сыпь, как правило, появляется в первые сутки заболевания, чаще в промежутке между 4 и 14 часами от начала болезни (64%), реже – на второй день. У большинства детей сыпь локализуется на ногах и нижней части туловища (83%). Типичная геморрагическая сыпь встречалась у 76% больных, в 51% случаев геморрагические элементы сочетались с пятнисто-папулезными, а у 20% детей регистрировалась только пятнисто-папулезная сыпь (Рис.4).

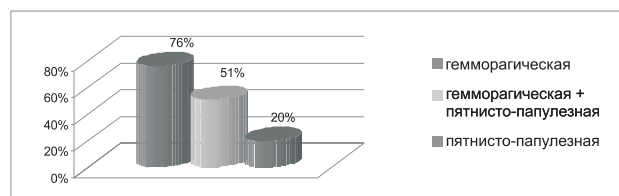


Рис. 4. – Характер сыпи при менингококкемии

В последние годы преобладает мелкая сыпь – от точечной до 5 мм у 78,4% больных, реже встречаются более крупные элементы от 0,5 до 2 см – 19,6%, и лишь в 2% случаев крупная сливная сыпь от 5 до 12 см.

У больных с комбинированными формами МИ и менингитами уже в первые сутки определяются положительные менингеальные знаки. Но необходимо помнить, что особенностью течения менингитов у детей раннего возраста является слабая выраженность менингеального синдрома. Ни у одного из наблюдавшихся детей первого года жизни не выявлено полного менингеального симптомокомплекса. Симптомы Кернига, Брудзинского в этой возрастной группе не имеют существенного значения, поскольку являются физиологическими. Важное диагностическое значение у детей первого года имеет симптом, специфичный для этого возраста – напряжение, выбухание и пульсация большого родничка, который имел место у 82% детей.

Большое значение в диагностике имеют лабораторные методы исследования. В анализе периферической крови отмечаются гнойно-воспалительные изменения – лейкоцитоз в среднем $17 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилез со сдвигом L-формулы до юных, значительно ускоренное СОЭ от 30 до 60 мм/час.

Учитывая высокий процент комбинированных вариантов МИ, всем больным с генерализованными формами заболевания для диагностики менингита проводится люмбальная пункция. При развитии менингита в 85% случаев воспаление носит гнойный характер.

Таким образом, проведенный клинико-эпидемиологический анализ МИ у детей свидетельствует о том, что на территории г. Красноярска и края доминируют менингококки группы В (66%), доля других серогрупп значительно ниже. Среди заболевших, по-прежнему, преобладают дети первых 3х лет жизни (82%), при этом отмечается появление случаев заболевания и у детей первых 3х месяцев. Среди генерализованных форм болезни, как и прежде, лидируют комбинированные варианты (62%). Отмечается изменение характера сыпи – уменьшение ее размеров, частое сочетание геморрагических элементов с пятнисто-папулезными. Уменьшилась тяжесть инфекционно-токсического шока.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гульман Л.А., Мартынова Г.П., Крившич Т.С. и др. Менингококковая инфекция: динамика заболеваемости и клинико-эпидемиологическая характеристика (сообщение 1) // Сибирское медицинское обозрение – 2008. №2. – С. 73-76.
2. Королева И.С., Белошицкий Г.В. Менингококковая инфекция и гнойные бактериальные менингиты // Руководство по лабораторной диагностике. – Москва. – 2007. – 107с.
3. Молочный В.П., Новик Е.С., Обухова Г.Г. Цитокинный статус ликвора у детей с менингококковым и энтеровирусным менингитами // Детские инфекции – 2007. – Т. 6, №2. – С. 10-12.
4. Скрипченко Н.В., Вильниц А.А., Иванова М.В. и др. // Менингококковая инфекция у детей / Методические рекомендации. – СПб., 2006. – 88с.

УДК 616.34–002–022–053.3–085

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОБИОТИКА «ЭНТЕРОЛ» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Анциферова Е. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра детских инфекционных болезней с курсом ПО*

Научный руководитель: к.м.н., асс. Богвилене Я. А.

Заболеваемость кишечными инфекциями среди детского населения в нашей стране до настоящего времени отличается своей стабильностью, но это отнюдь не означает, что актуальность данной проблемы обусловлена только высокой заболеваемостью ОКИ, поскольку не до конца изучена их этиологическая структура, не раскрыты причины затяжного и хронического течения болезни, не определена та роль, которую они играют в формировании гастроинтестинальной патологии у детей, нет окончательного ответа о влиянии преморбидной и развивающейся при ОКИ иммунокомпрометированности на клинику острого периода, развития различных форм тяжести и течения болезни [1, 5, 7]. В связи с этим вопросы рациональной, в частности, этиотропной терапии острых кишечных инфекций у детей остаются одной из актуальных проблем педиатрии до настоящего времени. Традиционное использование антибиотиков и химиопрепаратов порой не достигает желаемого эффекта, главным образом за счет формирования при их широком использовании резистентных штаммов бактерий, возбудителей ОКИ, а также прогрессирования дисбиотических изменений в кишечнике больных детей [3, 6]. Поэтому в последние годы внимание врачей педиатров и инфекционистов привлекает поиск новых, альтернативных антибактериальным препаратам, средств этиотропной терапии.

Большого внимания в терапии кишечных инфекций заслуживает пробиотик из группы самоэлиминирующихся антагонистов «Энтерол», который представляет собой живые биотерапевтические агенты – непатогенные дрожжи сахаромикеты буларди, являющиеся основным действующим веществом препарата [2, 4]. Грибы сахаромикеты устойчивы в кислой среде желудка, обладают устойчивостью ко всем группам антибиотиков, не перевариваются и не колонизируют кишечник, не обладают инвазивностью и выводятся из организма в течение 4-5 суток. «Энтерол» обладает выраженным антидиарейным действием за счет уменьшения секреции воды и электролитов в просвет кишечника. Препарат активно участвует в пищеварении, повышает ферментативную функцию кишечника, обладает иммунологической активностью (стимулирует выработку секреторного IgA) и улучшает трофические процессы в кишечнике. «Энтерол» является местно

действующим кишечным антисептиком и из просвета ЖКТ не всасывается. Механизм действия препарата определяется несколькими аспектами: антимикробным и антитоксическим действием, антисекреторным эффектом, антивирусным, трофическим и неспецифическим иммуномодулирующим действием.

Цель и задачи исследования. Целью нашего исследования явилось изучение клинической эффективности и возможности использования пробиотика «Энтерол» как средства этиотропной терапии легких и среднетяжелых форм кишечных инфекций у детей первого года жизни.

Задачи исследования:

1. определить клинические особенности течения ОКИ у детей, получавших в комплексе терапии пробиотик «Энтерол».
2. оценить влияние пробиотика «Энтерол» на длительность купирования симптомов интоксикации, рвоты и диареи.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 63 больных ОКИ в возрасте от 3 мес. до 1 года, находившихся на лечении в детском инфекционном отделении МУЗ ГКБ № 20 им. И.С. Берзона г. Красноярск. Среди госпитализированных детей преобладала среднетяжелая форма заболевания (61,9%), легкая форма зарегистрирована у 38,1% больных. Диагноз кишечной инфекции устанавливался на основании клинико-эпидемиологических и лабораторных данных, причем этиология кишечной инфекции имела лабораторное подтверждение в 71,5% случаев (45 человек). Среди расшифрованных заболеваний преобладал клебсиеллез – 47,6% (30 человек). Кишечные инфекции неустановленной этиологии имели место у 18 человек.

Анализ анамнестических данных показал, что 46% детей родились от матерей с неблагоприятным, осложненным течением беременности. Недоношенными родилось 14% детей, путем операции кесарево сечение – 21%.

В постнатальный период наиболее значимымиотягощающими факторами являлись перинатальные энцефалопатии (41,3%), раннее искусственное и смешанное вскармливание имели место у 60% детей.

Известно, что нормальная микрофлора кишечника является важным звеном в системе защиты организма и сохранении постоянства его внутренней среды, тогда как 31% детей имели в анамнезе неустойчивый стул, выделение из кала условно-патогенных микробов, дисбактериоз кишечника.

Все больные были распределены на две группы: дети основной группы (31 человек) в качестве этиотропной терапии получали пробиотик «Энтерол» per os по 250 мг 2 раза в день в течение 5 дней, а 32 человека контрольной группы – традиционную антибактериальную терапию. Группы больных были сопоставимы по возрасту, полу, срокам поступления в стационар, этиологии и тяжести кишечной инфекции.

Дети поступали в стационар, как правило, на 1-2 сутки от начала болезни. У всех больных заболевание начиналось остро с повышения температуры до 37,5 - 38,5°C (76%), до 39,5°C и выше (24%) и жидкого стула с частотой до 5 раз (25,4%), до 10 (57,1%) и более (17,5%) раз в сутки. В 80% случаев наблюдалась однократная или повторная рвота, у 71,5% - имела место болезненность при пальпации живота. Более чем у половины больных (52,3%) отмечались явления метеоризма (урчание, вздутие живота). У 46% больных стул носил энтеритный характер, у 54% - в испражнениях присутствовали патологические примеси в виде слизи и зелени.

Клинический мониторинг за детьми проводился ежедневно с момента поступления ребенка в стационар и до его выписки. При оценке эффективности терапии учитывались сроки улучшения общего состояния, купирования симптомов интоксикации, продолжительность рвоты, нормализации характера и частоты стула, длительность пребывания в стационаре.

Сравнительный анализ клинического течения заболевания показал, что у больных, получавших в качестве этиотропной терапии пробиотик «Энтерол» отмечалось более быстрое улучшение общего состояния, восстановление аппетита, исчезновение симптомов интоксикации, купирование рвоты, метеоризма и диареи. Уже к третьему дню от начала терапии у 80,6% больных полностью исчезли симптомы интоксикации, тогда как у больных, получавших антибиотики – лишь у 56,3%. Купирование рвоты ко второму дню лечения произошло у всех больных основной группы, в то время как в группе сравнения – лишь в 46,9% случаев. Продолжительность диарейного синдрома и явлений метеоризма также существенно сокращалась при лечении больных данным препаратом. К пятому дню от начала терапии у всех больных, получавших «Энтерол» отмечалась полная нормализация частоты и характера стула, а явления метеоризма у большинства (64,5%) были купированы уже на вторые сутки. Напротив, при лечении антибиотиками полная нормализация стула в эти же сроки имела место лишь у 62,5% больных, явления метеоризма сохранялись до пятого дня лечения.

Таблица 1

Сравнение клинической эффективности терапии при ОКИ у детей

Клинические симптомы	Длительность в сутках	
	Пробиотик «Энтерол» N= 31	Антибактериальная терапия N= 32
Интоксикация	3,00 ± 0,14	4,25 ± 0,14*
Рвота	2,23 ± 0,06	3,24 ± 0,13*
Метеоризм	2,30 ± 0,09	5,12 ± 0,26*
Диарея	5,68 ± 0,21	7,23 ± 0,71*

* - достоверность отличий с первой группой не менее P<0,001

При статистической обработке полученных результатов исследований было установлено (табл. 1), что при включении в комплексную терапию легких и среднетяжелых форм кишечных инфекций у детей пробиотика «Энтерол» способствует достоверному (p< 0,001) сокращению средней продолжительности не только симптомов инфекционного токсикоза (вялости, лихорадки, снижения аппетита и др.), но и функциональных нарушений со стороны желудочно – кишечного тракта (рвоты, диарейного синдрома и метеоризма).

Таким образом, включение в комплексную терапию больных легкими и среднетяжелыми формами кишечных инфекций пробиотика «Энтерол», способствует сокращению продолжительности симптомов инфекционного токсикоза и диарейного синдрома, сокращает среднюю продолжительность заболевания, что позволяет рекомендовать его для широкого использования в клинической практике.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Воротынцева Н.В., Мазанкова Л.Н. Острые кишечные инфекции у детей. - М.: Медицина, 2001. – 480 с.
2. Горелов А.В., Милютин Л.Н., Усенко Д.В. Лечение острых кишечных инфекций у детей. Пособие для врачей. - М., 2003. – 48 с.
3. Горелов А.В., Милютин Л.Н., Усенко Д.В. Клинические рекомендации по диагностике и лечению острых кишечных инфекций у детей. Пособие для врачей. - М., 2006. – 109 с.
4. Мазанкова Л.Н., Шевелева С.А., Лыкова Е.В. Клиническое применение пробиотиков: систематизация препаратов и тактика назначения в детском возрасте. Пособие для врачей. - М., 2005. – 37 с.
5. Титова Л.В., Феклисова Л.В. Острые кишечные инфекции у детей первого года жизни. - Архангельск, 2004. – 150с.
6. Учайкин В.Ф., Новокшенов А.А., Мазанкова Л.Н., Соколова Н.В. Острые кишечные инфекции у детей: диагностика, классификация, лечение. Пособие для врачей. - М., 2003. – 48 с.
7. Харченко Г.А., Буркин А.В. Кишечные инфекции у детей раннего возраста. - М., Феникс – 2007. - 286 с.

ББК 87: 88: 28.9: 76.1

НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ СРЕДСТВ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ НА ПРОЦЕСС РАЗВИТИЯ И ПОЗНАНИЯ

Арабян Т. С., Сафронова О. С.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра философии, этики, эстетики и медицинской деонтологии с курсом политической социологии*

Научный руководитель: к.ф.н., доц. Филимонов В. В.

Подобно рыбе в воде, люди в той или иной
культуре плавают в фактически незримой среде
культурно-санкционированных, но искусственных
состояний сознания.

Теренс Маккенна

Значение средств массовой информации в жизни современного общества трудно переоценить. Начавшееся в середине 20-го столетия бурное развитие информационных технологий заложило основу формированию общества совершенно нового типа - информационного общества. Их воздействие на человека начинается в самом раннем возрасте и продолжается всю жизнь. По сути дела в современном мире средства массовой информации взяли на себя значительную часть функций по формированию сознания людей, воспитанию их вкусов, взглядов, привычек, предпочтений. Человек, ранее сам лично не сталкивавшийся с той или иной проблемой, благодаря возможностям средств массовой информации, смог познакомиться с самыми разнообразными проявлениями общественной жизни, составить о них определенное представление и сформировать к ним определенное отношение.

Целью и задачей исследования является попытка предложить пути совершенствования механизмов, ограничивающих негативное воздействие средств массовой информации на несовершеннолетних.

Объектом исследования выступает сфера деятельности средств массовой информации в аспекте негативного влияния на процессы познания ребенка.

Ребёнок — человек, не достигший взрослого возраста.

Развитие ребёнка — направление науки, посвящённое изучению процессов и механизмов, которые сопровождают физическое и психологическое развитие младенца в процессе его взросления.

На развитие личности младшего школьника имеет смысл посмотреть в свете формирования у него внутренней позиции, результатом действия которой является его произвольное поведение – стратегическая цель всего психического развития в целом в этом возрасте. В последнее время психологам чаще приходится сталкиваться с очень искаженным поведением детей. С одной стороны скованность и недоразвитие речи, с другой - сильная агрессивность и зашкаливающая демонстративность. Такой ребенок стесняется ответить на вопрос, но при этом не боится кривляться перед чужими взрослыми. Ведут себя неуправляемо, гиперактивны, невнимательны, модели плохого поведения их притягивают как магнит, а взрослого они будто не слышат. Эти дети обожают боевики и отказываются смотреть наши отечественные мультфильмы. Из-за их эмоциональной неразвитости, от их понимания ускользает содержание наших мультфильмов. Все эти дети с раннего возраста увлечены компьютером, телевизором.

Компьютер и телевизор отбирает у детей их детство. Вместо активных игр, переживаний настоящих эмоций и чувств и общения со сверстниками и родителями, познания самого себя через окружающий живой мир, дети часами, а бывает, и днями, и ночами просиживают у телевизора и компьютера, лишая себя той возможности развития, что дается человеку только в детстве.

Формирование личности ребенка в современном обществе, начиная с момента рождения и на протяжении всей его жизни, те или иные стороны его личности постоянно находятся в развитии. Процесс формирования личности продолжается практически всю жизнь с разной степенью интенсивности. Наиболее интенсивно человек формируется до 18 лет, момента наступления совершеннолетия, именно на этом этапе развития усваиваются необходимые знания и правила поведения в обществе.

Особо сильное воздействие средства массовой информации способны оказать на формирование личности несовершеннолетнего. На начальном этапе жизни человек не только активно формируется, познает окружающую действительность, но и вырабатывает к ней соответствующее отношение, в соответствии с которым в будущем и будет строить своё поведение.

Мы круглые сутки находимся под тотальным прессингом СМИ. Торжество видеокультуры во всех ее проявлениях является «первым и самым важным вектором нового антиинтеллектуализма». Встречаются подростки, которые за год не прочитали ни одной книги. Кроме того, за последнюю четверть века удвоилось число учеников старших классов, не читающих ничего, помимо школьных учебников. Мы разучиваемся анализировать прочитанное и тем более услышанное

с экрана. Принимаем это как должное и тут же забываем, скользя по фактам, как по волнам. Мы привыкли перескакивать с одного сайта на другой, читать по диагонали, читать лишь одни заголовки. Все это ведет к тому, что людьми утрачиваются базовые знания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Волков А. // Знание – сила. 2008 г. № 8
2. Гримак Л. П., Кордобовский О. С. // Человек. 2004 г. № 4
3. Шупер В. А. // Вопросы философии. 2008г. № 12

УДК 618.2:613.84

КУРЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Арабян Т. С., Ильясова Р. Р., Кость М. И., Пенкина Т. С.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра физиологии*

Научный руководитель: д.м.н., доц. Чеснокова Л. Л.

В последнее время в нашей стране и во всём мире растёт число курящих женщин. Но больше опасений вызывает тот факт, что многие женщины не бросают эту пагубную привычку, даже когда узнают о своей беременности. Курение во много раз увеличивает риск возникновения осложнений во время беременности. У женщин, выкуривающих в день одну или более пачек сигарет, частота выкидышей в 1,5 раза превышает количество выкидышей у некурящих. К тому же уровень смертности детей при родах (синдром внезапной младенческой смерти) у курящих матерей на 30% выше, чем у некурящих.

Цель: оценить статистические данные, полученные при опросе курящих и некурящих беременных женщин и оценить степень влияния никотина на мать и малыша.

Объект исследования: исследования проводились на базе женской консультации и роддома № 1. Соответственно поставленной цели, объектом исследований явились 46 женщин в возрасте от 18 – 48 лет, до беременности, в период беременности и в постнатальном периоде.

Методы исследования: проводилось анонимное анкетирование, направленное на оценку самочувствия курящей женщины до и после выкуривания сигареты в состоянии беременности и при кормлении ребенка грудью, а так же выяснялось субъективное самочувствие ребенка.

Результат: Полученные нами данные подтвердили неблагоприятное влияние курения, выражающееся в высоком удельном весе осложненного течения беременности, родов и нарушения в развитии ребенка.

Вопросы	Курящие	Некурящие
Процентное соотношение	24%	76%
Курят в семье	50%	50%
Знают о вреде курения	50%	50%
Снижение работоспособности и выносливости	55%	0%
Отрицательное отношение к курению во время беременности	100%	100%
Осложнения в родах	75%	15%
Влияет ли курение на кормление (грудное вскармливание)	100%	0%
Нарушение нервно-психического развития ребенка	80%	20%

Все опрошенные женщины знают о вреде курения для себя, ребенка и окружающих, но половина из них продолжает курить! Однако, 100% женщин выражают отрицательное отношение к курению во время беременности. Так, наша статистика подтверждает, что у курящих беременных женщин на 60% больше риск развития осложнений в родах, и почти у 80% детей, родившихся от курящих матерей наблюдается нарушение нервно-психического развития. А так же при опросе выявлено, что все женщины знают, как курение пагубно сказывается на количестве и качестве грудного молока, а грудное вскармливание детей – основа здоровья ребенка!

Вывод:

Было выявлено, что у курящих женщин отмечается снижение работоспособности и выносливости, чаще отмечаются осложнения в родах, а в постнатальном периоде развития отмечаются различной степени выраженности нарушения нервно-психического развития у детей и проблемы с грудным вскармливанием!

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Комаров Ю.М., О.С. Радбиль Курение // Москва «Медицина», 1988г.
2. Кузьмин В.Д. Курение, мы и наше потомство // Москва «Советская Россия» 1989г.
3. Косаренков В.А. Курение и здоровье // Москва «Медицина», 1989г.
4. Семенов С.П. Табакокурение. Алкоголизм. Наркомания // Санкт-Петербург, 2008г.

ПРИМЕНЕНИЕ КОЛЛАГЕН-ХИТОЗАНОВОГО РАНЕВОГО ПОКРЫТИЯ С КУЛЬТУРОЙ ИМПЛАНТИРОВАННЫХ ЭМБРИОНАЛЬНЫХ ФИБРОБЛАСТОВ ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖГОВОЙ ТРАВМЫ

Арапова В. А., Гуликян Г. Н., Мкртычян Б. Т., Беляев В. С., Рендашкин И. В.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра оперативной хирургии с топографической анатомией

Центр репродуктивной медицины

Научные руководители: д.м.н., проф. Большаков И. Н., д.м.н., проф. Кириченко А. К.,

к.б.н. Еремеев А. В., Власов А. А.

Введение. Прогресс в интенсивной терапии обожженных больных сделал возможным спасение их с ожогами 80% кожной поверхности. В связи с этим возросла потребность в коже или ее искусственных эквивалентах, что стимулировало многочисленные исследования в этом направлении [3,8]. Разработка деградирующих адгезивных полимерных покрытий с высокой сорбирующей способностью и различными сроками рассасывания является в настоящее время наиболее актуальным направлением в области создания эффективных аппликаций на раны и ожоги [6]. Полисахаридная структура природных полимеров (хитин-хитозаны), высокая биосовместимость и биodeградируемость в животных тканях, образование поликатионно-полианионных связей с коллагенами, хондроитинсульфатом и гиалуронатом создает стратегические возможности получения искусственной кожи и применения полученных продуктов с целью трансплантации. Установлено, что присутствие фибробластов весьма важно для формирования базального белкового слоя, а также компактного соединения между дермальным эквивалентом и реконструированным эпидермисом [9]. При процессах усиленной пролиферации фибробластов и образования рубцовой ткани в коже комплексы, содержащие хитозан, способны подавлять излишнюю функцию клеток, регулировать резорбцию гиперпродукта и, таким образом, предупреждать грубое рубцевание [10, 11].

Материалы и методы. Термический ожог кожи моделировался на 124 крысах самцах популяции Wistar массой 180-220 г. В основу настоящего исследования положена экспериментальная модель, разработанная литовскими учеными при изучении влияния препарата на процесс заживления глубокого ожога кожи крыс [4].

Животным после удаления волосяного покрова в паравerteбральной области спины на уровне ее середины под эфирным наркозом создавали контактный термический ожог медной пластинкой с силой в 1,255Н, нагретой до 2200С. Время экспозиции пластины составило 10 и 14 сек, соответственно с глубиной ожога IIIA и IIIB степени. Для вычисления процентного соотношения ожоговой поверхности к общей площади тела у крыс используется формула, предложенная Lee (1929), в модификации формулы Мее — Рубнера: $S = K \times W^{0,60}$, где S — поверхность тела в квадратных сантиметрах, K — коэффициент, равный 12,54, W — вес животного в граммах. Площадь ожоговой раны составляла 26 см² и 13 см² (9-10% и 4-5% от общей поверхности кожи крысы соответственно). Предварительно глубина ожоговой травмы была определена на гистологическом срезе ткани кожи. День нанесения ран животным считали нулевым. На 2-й день после механического удаления струпа с использованием растворов антисептиков в условиях асептики с помощью раневого покрытия, содержащего сульфатированные и несulfатированные гликозаминогликаны, сывороточный фактор роста «адгелон» [1,2] и аллогенные эмбриональные фибробласты, закрывали ожоговую рану. Сроки анализа репарации ожоговой поверхности составляли 3,5,7,10,13,15,20,26 и 30 сутки с момента травмы. Парафиновые срезы окрашивали гематоксилином и эозином и по Ван-Гизону. Анализ срезов производили с использованием цифрового микроскопического комплекса «Leica DMLB». Для получения эмбриональных фибробластов использовали фетусы крыс (7-10-й день беременности).

Клиническую оценку результатов производили на основе динамического визуального, планиметрического, гистологического, иммуногистохимического контроля состояния ожоговой поверхности.

Иммуногистохимические реакции проводились по стандартному стрептавидин — биотин — пероксидазному методу с моноклональными и поликлональными антителами. Использовали следующие моноклональные и поликлональные антитела Ki-67, металлопротеиназа-9 (MMP-9), металлопротеиназа-2 (MMP-2), CD68, трансформирующий фактор роста β_1 (TGF β_1), коллаген IV и VII типов («Novocastra», GB)

Срезы, наклеенные на поли-L-лизинные стекла, после депарафинирования подвергали микроволновой обработке в 0,01М цитратном буфере (pH 6,0) в течение 15 минут для демаскировки антигенов. Блокирование эндогенной пероксидазной активности осуществлялось 3% водным раствором перекиси водорода. Для избежания неспецифической адсорбции первичных антител проводилась инкубация с нормальной неиммунной сывороткой в течение 15 минут. Инкубацию проводили при температуре 25°C в течение 30 минут. После каждой процедуры обработки срезы промывали в трис HCL буфере — 0,05М, (pH 7,6). Хромогеном служил ДАБ, срезы докрашивали гематоксилином.

При исследовании микропрепаратов анализ результатов иммуногистохимических реакций проводился отдельно в краях ожоговой раны и в зоне повреждения. При локализации продуктов реакций в клетках количественная оценка результатов реакций включала определение доли (%) окрашенных клеток и интенсивности их окрашивания по 3-бальной шкале. Интенсивность окраски: 0 — нет окрашивания, 1 балл — слабое окрашивание (+ слабая реакция), 2 балла — умеренное окрашивание (++ умеренная реакция), 3 балла — интенсивное окрашивание (+++ выраженная реакция). Неокрашенные, слабо окрашенные, умеренно окрашенные и сильно окрашенные структуры в каждом случае подсчитывались в ядрах 100 стромальных или эпителиальных клеток в трёх различных полях зрения при увеличении x400. Интенсивность реакции определялась по формуле:

$$\text{ИГХ реакция} = \sum P(i) \cdot i,$$

где i — интенсивность окрашивания в баллах от 1 до 3; P(i) — процент клеток, окрашенных с разной интенсивностью. Полученные цифровые данные трактовались следующим образом: от 1 до 100 — слабая реакция; от 101 до 200 — умеренная; от 201 до 300 — выраженная. Результаты иммуноморфологического исследования на MMP-9, MMP-2, TGF β_1 , коллаген IV типа оценивали по степени выраженности окраски клеток и экстрацеллюлярного матрикса по 3-бальной системе (0 — нет окрашивания, 1 балл — слабое окрашивание (+ слабая реакция), 2 балла — умеренное окрашивание (++) умеренная реакция), 3 балла — интенсивное окрашивание (+++) выраженная реакция). В каждом гистологическом срезе исследовали не менее 25 полей зрения при увеличении микроскопа при увеличении x400.

Статистический анализ выполнен на персональном компьютере по непараметрическому критерию статистики Вилкоксона-Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. После действия контактного ожога во всех сериях групп животных наблюдали одинаковую картину формирования коагуляционного некроза. Кожный покров в пределах приложения раскаленной пластины приобретал бурую, коричневую окраску и соответствовал её размерам. В результате механического удаления сформированного струпа и полного закрытия дефекта кожи коллаген-хитозановым покрытием различий изменение состояния раневого дефекта регистрировали с помощью метода планиметрии. Так, уже на 10-е сутки после нанесения травмы достоверно различались площади контрольных и опытных ожоговых ран IIIБ степени с вероятностью $P < 0,05$. Достоверно различались площади ран по сравнению с контролем и в последующие сроки измерения. К 20-м суткам эксперимента в результате постепенной биодеградации раневого покрытия ожоговая рана покрывалась прочной бардовой коркой как в контрольной, так и в опытной группах. Следует отметить, что достоверные различия в уменьшении площади ран были между группами IIIА и IIIБ степеней ожога ($P < 0,05$). Восстановление кожи после ожога IIIА степени происходило не только за счет нарастания эпителия с краев раны, но и появления пролиферирующих участков сохранившейся дермы в центре раны, что нашло отражение в меньшем размере площадей ран в разные сроки по сравнению со степенью ожога IIIБ. Учитывая, что в контрольной группе второй серии на рану накладывали марлевые повязки, процесс репарации кожи после некрэктомии имел другую картину. Раневой дефект постепенно заполняли мелкозернистые насыщенно-малинового цвета образования, обильно кровоточащие при малейшем повреждении во время смены очередных повязок. К 30-м суткам после ожога рана покрыта темно-красной коркой с неровными краями. В связи с медленной краевой эпителизацией и низкими регенеративными процессами в центре раны площадь последней значительно превосходила по величине таковую в опытной группе животных и составляла 14,73 см² против 2,17 см² соответственно. Существенно ускорило качественное образование рубца применение коллаген-хитозанового раневого покрытия с культурой аллогенных эмбриональных фибробластов. Дефект в центре ожоговой раны активно был вовлечен в процесс репарации. На 7-е сутки на месте искусственного покрытия отмечено образование розовых островков зернистого характера, постепенно разрастающихся к периферии. А уже к 13-м суткам ожоговый дефект заполнен грануляциями.

При использовании раневых покрытий «Коллахит-Бол» для пластики ожоговой поверхности очевидна более ранняя продуктивная воспалительная реакция как по краям ожогового дефекта кожи, так и в центре обширного ожога. На это указывает в опытной группе животных на 13 сутки наибольшее количество по сравнению с контролем продуктов иммуногистохимической реакции маркера Ki-67, выявляющегося в краях и дне раны в макрофагах, фибробластах, эндотелии капилляров ($P < 0,05$). На 13-сутки у крыс опытной группы вся поверхность ожогового дефекта послойно выстлана молодой и зрелой грануляционной тканью, толщина которой составляет $406,01 \pm 36,78$ мкм по сравнению с контролем ($265,05 \pm 12,18$ мкм; $P < 0,01$), содержащей $11,54 \pm 0,61\%$ вновь образованных микрососудов.

Активное формирование краевой пролиферативной реакции эпидермиса наблюдается в сроки 15-20 дней после пластики раны. Это подтвердилось в непосредственном участии базального слоя кожи, толщина которого в опыте на 16-сутки достоверно превосходила контроль, $34,56 \pm 2,17$ мкм и $11,45 \pm 2,96$ мкм соответственно ($P < 0,01$). На дне раны в этот же срок формируется слой зрелой и незрелой соединительной ткани, достоверно отличающийся по толщине в опыте от контроля, $699,86 \pm 85,4$ мкм и $473,12 \pm 51$ мкм, соответственно ($P < 0,01$). В опыте имеет место высокая интенсивность процессов репарации, которая отражается на степени активности фиброгенного фактора TGF β . На 16 сутки в цитоплазме фибробластов, фиброцитов, в эндотелии микрососудов отмечается более высокая и выраженная реакция этого маркера – $2,8 \pm 0,08$ баллов ($P < 0,05$). В контроле же на 16 сутки в фибробластах, фиброцитах реакция оценивается как умеренная, снижаясь до минимальной по направлению к центру раны и составляет $2,3 \pm 0,08$ баллов. Дегенерация раневого покрытия начинается с 20-х суток. Характерной особенностью применения раневого покрытия «Коллахит-Бол» является более быстрое созревание грануляционной ткани (на 7-е сутки). При использовании покрытия Коллахит-Г развитие грануляционной ткани в большей степени выражено на 15 сутки.

Таким образом, при местном лечении глубокого ожога кожи с помощью коллаген-хитозанового раневого покрытия Коллахит-Бол, создаются благоприятные морфофункциональные условия для готовности ожоговой раны к пластике полноценным кожным лоскутом или дермально-эпидермальным эквивалентом кожи, содержащим искусственно введенное необходимое клеточное микроокружение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Большаков И.Н., Горбунов Н.С., Шамова Е.С., Сетков Н.А., Еремеев А.В., Сизых А.Г., Сурков Е.В., Насибов С.М., Малый В.П. «Раневое покрытие на основе коллаген-хитозанового комплекса». Патент РФ № 2254145, А61 L15/28, 15/32,26/00. БИПМ от 20.06.2005.
2. Большаков И.Н., Насибов С.М., Еремеев А.В., Малый В.П., Фрончек Э.В., Горбунов Н.С., Шамова Е.С., Сизых А.Г., Сурков Е.В., Сетков Н.А. «Способ получения искусственной матрицы кожи». Патент РФ № 2252787, А 61 L 15/28, 15/32, 27/60. БИПМ от 27.05.2005.
3. Дешпанде М.Ш., Моджамдар М.В. «Подобная ткани организация клеток и подобные ткани макроскопические конструкции, полученные при помощи культивирования макромассы клеток, и способ культивирования макромассы». Заявка на изобретение, №2006134630, C12N5/06, C12N5/08, БИМП от 10.04.2008.
4. Клебановас Ю., Лашас Л., Лашене Д., Пангоните Д. //Проблемы эндокринологии – 2005. - №1. – С.42-46.
5. Кочетыгов Н.И. О способах воспроизведения термических ожогов в эксперименте. Л., - 1964.
6. Парамонов Б.А., Порембский Я.О., Яблонский В.Г. Ожоги. - СПб.: СпецЛит, 2000. - 488с.
7. Парамонов Б.А., Чеботарев В.Ю. //Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – М., - 2002. - №11. – С.593-597.
8. Спичкина О.Г., Калмыкова Н.В., Воронкина И.В. // Скорая медицинская помощь. - 2006. - №3. - С. 178-180
9. Black A.F., Hudon V., Damour O., Germain L., Auger F.A. A novel approach for studying angiogenesis: a human skin equivalent with a capillary-like network. Cell.Biol.Toxicol. 1999.- Vol. 15.- No2.- P. 81-90.
10. Minami S., Okamoto Y., Hamada K., Fukumoto Y., Shigemasa Y. Veterinary practice with chitin and chitosan. EXS. 1999.- Vol. 87.- P. 265-277.
11. Risbud M., Hardikar A., Bhonde R. Growth modulation of fibroblasts by chitosan-polyvinyl pyrrolidone hydrogel: implications for wound management. J.Biosci. 2000.- Vol. 25.- No1.- P. 25-31.

СОЗДАНИЕ НОВЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ИЗУЧЕНИИ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Арапова В. А., Гуликян Г. Н., Мкртычян Б. Т., Карнаухов Д. И.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра пропедевтики внутренних болезней*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Балашова Н. А.

В настоящее время в связи со стремительно возросшим темпом жизни и повышением степени урбанизации, проблема нехватки времени на усвоение большого объема информации стоит очень остро. Особенно актуально это проблема стоит в студенческой среде. Лекции и практические занятия занимают большую половину дня. Остальную часть времени студенты тратят на свои личные увлечения (спорт, общественная деятельность, кружки СНО, а также отдых). И совсем небольшое количество времени остается на подготовку домашнего задания. Это особенно сложно для студентов КрасГМУ, так как нам не просто нужно изучить большое количество информации, а еще понять и усвоить, ведь от наших знаний в будущем будет зависеть жизнь пациента. Как результат - стрессы, недосыпание, нерегулярное питание. Следовательно, к шестому курсу у студентов имеются всевозможные заболевания. Особенно очевидным является нарушение зрения, вследствие постоянной работы за компьютером и большой нагрузки при чтении.

Ввиду данной проблемы, возникает необходимость распределения нагрузки на все анализаторы.

Еще в 1969 году Dale показал, что обычно люди запоминают 10% того, что они читают, 20% того, что слышат, 30% того, что видят, 50% того, что они слышали и видели одновременно, 70% того, что они говорят или пишут, 95% того, чему они кого-либо обучают.

Исследования, проведенные Норрег (2007 г.) позволили выделить среди студенческой молодежи визуалов, которые предпочитают видеть или изображать предметы, лучше запоминающих информацию при чтении, вызывая зрительные образы; аудиалов, предпочитающих слышать звуки, лучше усваивая, прослушивая информацию; а также кинестетиков, любящих потрогать, испытать предмет, лучше запоминающих, участвуя в практических демонстрациях учебного материала. Исходя из того, что студенты усваивают информацию по-разному, они должны иметь различные способы получения и закрепления знаний, используя свои сильные стороны и минимизируя слабые. В настоящее время, основным источником информации для студентов является видеоряд, состоящий из учебной и методической литературы, записывании лекционного материала, а также интернет-информации. Однако современные условия жизни в миллионном городе диктуют иметь мобильный источник информации, основанный на слуховом восприятии, такой, как аудиокнига.

Аудиокнига - это методическое пособие, начитанное человеком или группой людей, и записанное на любой звуковой носитель. История аудиокниг берет свое начало с 1931 года, когда Конгресс США утвердил программу «Книги для слепых» - для поддержки слабовидящих. А к 2008 году оборот российского рынка аудиокниг, по данным издательства «Ардис», составил около \$ 9 млн.

Аудиокниги становятся популярнее день ото дня. Это вполне объяснимо - аудиокниги позволяют пользоваться информацией, не прерывая основных занятий, несмотря на современный темп жизни. Также спрос на них обусловлен невысокой стоимостью, компактностью и автономностью. В настоящее время для аудиокниг наиболее популярны форматы с потерей качества - Ogg Vorbis и MP3, поскольку книга объемом, например, в 200 стр. в этом случае помещается на одном диске (в формате же CDDA на это требовалось 10 или более дисков; в форматах сжатия без потери качества - например, FLAC - лишь в 3-4 раза меньше).

Нами было проведено анкетирование студентов 3-го курса ФФМО по специальности «Лечебное дело». В анкетировании приняли участие 182 человека, что составило 73%. Средний возраст опрошенных составил $19,43 \pm 0,16$ лет. По данным анкетирования у 47% опрошенных доминирующим видом памяти является зрительная, у 15% - слуховая, у 1,5% - тактильная и 36,5% студентов обладают смешанным видом памяти. Около 72% анкетированных пользуются MP-3 плеером, причем подавляющее большинство (76,9%) используют его в транспорте. Идея создания аудио-пособия вызвала положительный отклик у 64% опрошенных студентов. Приоритетные направления по изучаемым дисциплинам расположились следующим образом:

Пропедевтика внутренних болезней	113 человек	62,09%
Фармакология	80 человек	43,95%
Патологическая физиология	70 человек	38,46%
Хирургия	64 человека	35,16%
Патологическая анатомия	57 человек	31,32%

Принимая во внимание данный опрос, на базе основной учебной литературы по пропедевтике внутренних болезней, применяя максимально удобный для слухового восприятия текст, а также используя стандартные аудио-источники по аускультации легких и сердца, нами произведена запись материала на DVD-диск, с последующей возможностью воспроизводить информацию посредством MP-3 плеера. В дальнейшем планируется тиражирование данного источника информации и широкое его распространение среди студентов Красноярского государственного медицинского университета.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кукес В.Г., Маринин В.Ф., Реуцкий И.А., Сивков С.И. Врачебные методы диагностики. М., ГЭОТАР-Медиа. 2006 г.
2. Мухин Н.А., Моисеева В.С. Пропедевтика внутренних болезней. 2-е изд. - М., ГЭОТАР-Медиа. 2007 г.
3. Василенко В.Х., Гребенева А. Л. Пропедевтика внутренних болезней. - М., Медицина. 1989 г.
4. Шаповалов Н. А., Пропедевтика внутренних болезней. М., Феникс. 2007 г.
5. Бакулев А. Н., Большая медицинская энциклопедия 1962 г.
6. Никулина С. Ю., Шарайкина Е. П., Андриянова Т. Н., Вузовская педагогика. Управление образовательным процессом в современном медицинском вузе.- Красноярск: КрасГМУ, 2009 г.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ И КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ КОЖИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕДИЦИНСКОГО ЛАЗЕРА

Арапова В. А., Гуликян Г. Н., Мкртычян Б. Т.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра общей хирургии

Центр лазерной медицины «Триалмед»

Научный руководитель: к.м.н., асс. Карапетян Г. Э.

Гипертрофические рубцы и келоид могут быть описаны как разновидности обычного заживления раны. С развитием рубца, предел его прочности увеличивается в результате прогрессивных связей волокон коллагена. Когда появляется несоответствие между анаболическими и катаболическими процессами, синтезируется большее количество коллагена, чем деградирует и рубец имеет тенденцию к росту во всех направлениях, поднят выше уровня кожи и остается гиперемизованным, классифицируется как келоид или гипертрофический рубец [3].

Лечение гипертрофических и келоидных рубцов включает использование окклюзионных повязок, компрессионной терапии, введения кортикостероидов в зону поражения, криохирургию, иссечение, лучевую терапию, лечение интерфероном, и другие обещающие, но менее известные методы, направленные на процесс синтеза коллагена [1,2,4,5].

Цель исследования: повышение эффективности лечения гипертрофических и келоидных рубцов кожи, коррекция атрофии рубцовой ткани, получение косметического и функционального эффекта.

Способ осуществляют следующим образом: в течение 4 недель трехкратно в толщу рубца вводят дипроспан из расчета 7 мг на 5 см², но не более 14 мг на весь рубец за один раз, после полученной медикаментозной гипотрофии рубца, рубцовую ткань подвергают воздействию инфракрасного лазерного излучения длиной волны 540 нм, энергией импульса 50 - 150 мДж, частотой следования импульсов 1 - 4 Гц, длительностью импульса 1 нс - 2 нс (режим генерации Q – sw), получаемого с помощью активной среды Nd:YAP (Q-sw)/КТР медицинского лазерного аппарата.

При контрольном осмотре через 7 недель отмечали формирование нормотрофического рубца, с уменьшенной от первоначального состояния площадью, бледно-розовой окраской, при пальпации мягкой консистенции, безболезненного.

Под нашим наблюдением находилось 22 пациента с гипертрофическими и келоидными рубцами кожи с преимущественным расположением в области грудины, наружной поверхности плеча и заушной области. Топография, размеры и возраст гипертрофических рубцов не носили принципиальный характер, поэтому не подвергались клинической классификации. Возраст пациентов составлял от 20 до 44 лет.

В результате проведения лечебных мероприятий у пациентов с гипертрофическими и келоидными рубцами кожи были изучены следующие показатели: высота рубца над поверхностью кожи, площадь рубца, консистенция, цвет, состояние окружающей кожи, микроциркуляция рубца.

Использование кортикостероида пролонгированного действия (дипроспана) в лечении гипертрофических и келоидных рубцов носит патогенетический характер, поскольку, ингибируя провоспалительные ферменты, гормоны, простагландины, интерлейкины, не только препятствует дальнейшему разрастанию рубцовой ткани, но и приводит к значительному ее лизису.

Применение высоких терапевтических доз дипроспана позволяет в короткие сроки привести келоидные рубцы к состоянию гипотрофии и атрофии. И в результате перехода гипертрофического и келоидного рубца сперва в состояние атрофии, а после лазерного воздействия – нормотрофии, происходит не только изменение структуры рубцовой ткани, но и уменьшение первоначальной ее площади (см. рисунки 1, 2, 3):

l, l_1, l_2

где l – l_1 – l_2 , – размеры рубца, соответственно до лечения, после введения дипроспана и после лазерного облучения.

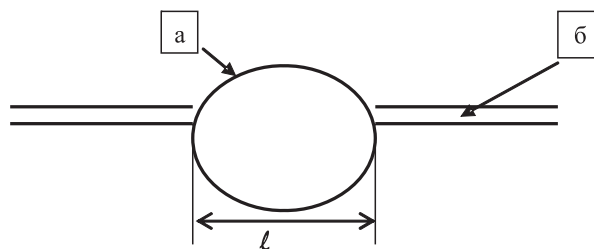


Рис. 1. – До лечения: l – размер рубца; а – рубцовая ткань; б – поверхность кожи

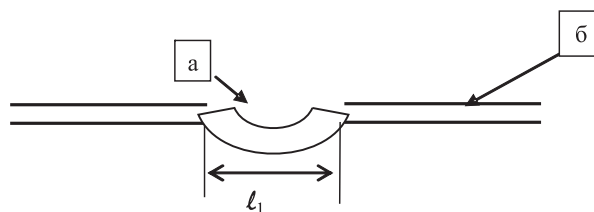


Рис. 2. – После дипроспана (гипотрофия)

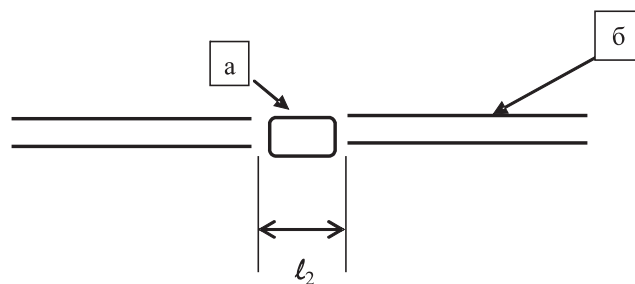


Рис. 3. – После лазера (нормотрофия)

На фоне использования инфракрасного лазерного излучения в режиме генерации Q – sw с длительностью импульса 1 – 2 нс происходит облитерация сосудов дна рубца без воздействия на собственно ткань рубца и на окружающие ткани. Через 8 недель от начала лечения отмечали уменьшение площади келоидных и гипертрофических рубцов в среднем на $23 \pm 4,3$ % ($P < 0,05$) (таблица 1).

Таблица 1

Относительные показатели уменьшения площади рубцовой ткани на фоне лечения

	До лечения	1-я нед.	2-я нед.	4-я нед.	6-я нед.	8-я нед.
	100 %	97,4 %	94,1 %	88,6 %	82,9 %	77,7 %

Исследование состояния микроциркуляции рубца проводили методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) в красном спектре излучения с использованием лазерного анализатора капиллярного кровотока BLF-21.

Запись ЛДФ-грамм производилась до лазерной обработки, непосредственно после воздействия и на протяжении последующих 3 недель наблюдения. Измерения микроциркуляции проводили в области дна рубца и на симметричных точках здоровой кожи.

Сразу после лазерной обработки поверхности рубца отмечали снижение показателя микроциркуляции на 45 % по сравнению с исходными значениями ($P < 0,05$).

На протяжении 3-х недельного контроля показателя микроциркуляции у пациентов не происходило достоверного изменения перфузии патологического очага, что свидетельствует об эффективности однократного воздействия инфракрасного лазерного излучения на ткань рубца.

Таким образом, использование инъекций дипроспана из расчета 7 мг на 5 см², но не более 14 мг на весь рубец и, в последующем, инфракрасного лазера с длиной волны 540 нм, длительностью импульсов 1 – 2 нс (режим генерации Q – sw), с энергией 50 - 150 мДж и частотой следования импульса 1 - 4 Гц в лечении гипертрофических и келоидных рубцов позволяет получить стойкий клинический результат уже через 8 недель от начала лечения, заключающийся в уменьшении площади рубца (на 22,3 %), формировании нормотрофической рубцовой ткани, улучшении консистенции и изменении цвета, характерного окружающей коже. За счет сверхкороткого отрезка времени лазерного воздействия (1 – 2 нс) благодаря технологии Q – sw, способ является безболезненным и безопасным, и не оказывает влияния на окружающие ткани, что подтверждается устойчивым клиническим результатом наблюдаемым у пациентов через 1 год после лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гарюк Г.И., Лисовец В.Т., Шевченко А.М. О лечебной тактике при келоидных образованиях ушных раковин // Вест. оториноларингологии. – 1991. - № 3. – С. 54-56.
2. Кожевников В.А., Осипов А.А., Тен Ю.В. Пирогеналотерапия в комплексном лечении келоидных рубцов лазером // Хирургия. – 1991. - № 8. – С.151-152.
3. Осипов А.А., Суворова А.В., Трубников П.Н. К вопросу о патогенезе и биомоделировании келоидных рубцов // Детская хирургия. – 2001. - № 4. – С. 34-36.
4. Шафранов В.В., Короткий Н.Г., Таганов А.В. и др. Возможности использования СВЧ-криодеструкции в дерматокосметологии для лечения келоидных рубцов у детей // Детская хирургия. – 2000. - № 1. – С. 35-37.
5. Шафранов В.В., Цветкова Г.М., Сибилева К.Ф. и др. Комплексное лечение келоидных рубцов кожи // Вестник дерматологии и венерологии. – 1985. - № 3. – С. 47-49.

УДК 616.24-002.5:616.98:616-018(571.51-201)

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕМАТОГЕННО-ДИССЕМИНИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ ПО ПРАВОБЕРЕЖЬЮ Г. КРАСНОЯРСКА ЗА 2006–2008 ГГ.

Арапова В. А., Гуликян Г. Н., Мкртычян Б. Т.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра патологической анатомии им. проф. П. Г. Подзолкова

Научный руководитель: к.м.н., асс. Терскова Т. В.

В наше время наблюдается стремительное увеличение числа ВИЧ-инфицированных людей. На данный момент, Россия является одной из стран мира, в которых ВИЧ-инфекция получила самый быстрый темп распространения. Только по официальным данным, на начало 2008 г. в России было зафиксировано 835 тыс. ВИЧ-инфицированных людей.

У больных с ВИЧ-инфекцией развивается угнетение иммунной системы и возникает вторичный иммунодефицитный синдром, который сопровождается развитием оппортунистических инфекций и опухолей. В последние годы среди оппортунистических инфекций, на первый план выходит туберкулёз лёгких.

В связи с этим, целью нашего исследования явилась сравнительная характеристика патоморфологических изменений органов у умерших от генерализованного туберкулёза с диссеминированным поражением лёгких и умерших от ВИЧ-инфекции в стадии СПИДа с наличием в качестве вторичного заболевания аналогичной формы туберкулёза.

Материалы и методы: для сравнительной характеристики патоморфологических изменений в легких, нами были исследованы аутопсийный материал от 18 умерших от гематогенно-диссеминированного туберкулеза (группа А) и 6 умерших от ВИЧ-инфекции в стадии СПИДа с наличием аналогичной формы туберкулёза (группа В). Проведено гистологическое исследование ткани лёгких различных отделов, печени, селезёнки, почек, тканей головного мозга и лимфатических узлов. Кусочки тканей фиксировали в 10% нейтральном растворе формалина, затем обезвоживали в спиртах восходящей концентрации, фиксировали в парафин. Делали срезы, которые окрашивали Г+Э, по Ван Гизону (пикрофусцином) и Цилю-Нильсену, что позволяло нам говорить о туберкулезной этиологии процесса. Проводили цитологическое исследование мазков-отпечатков тканей лёгких, мазки окрашивались по Цилю-Нильсену для выявления микобактерии туберкулёза.

Результаты исследования: При макроскопическом исследовании легких в обеих группах выявлена двухсторонняя диссеминация. В основном мелкоочаговая, милиарная и субмилиарная, а также смешанная крупно-мелкоочаговая диссемияция.

В группе А (18 больных) - лёгкие вздутые, пушистые, при прощупывании определяются множественные мелкие очажки, как песчинки, размером 0,1-0,2 см. На разрезе ткань легких неравномерно красного цвета, с мелкими просовидными очажками белесовато-желтоватого цвета, расположенными диффузно. Лимфатические узлы, в области бифуркации трахеи, с очаговым отложением аспидно-черного пигмента, с мелкими кальцинатами, с мелкими очажками серовато-желтоватого цвета. Брыжеечные лимфоузлы дрябловатой консистенции, с крупными белесовато-желтоватыми очажками. У 12 из 18 больных выявлено увеличение селезенки, на разрезе красно-вишневого цвета, с множественными серо-желтоватыми очажками от 0,8 до 1,5 см. в диаметре. У 8 из 18 больных в печени определяются мелкие просовидные очажки белесовато-желтоватого цвета, размером от 0,3 до 0,5 см. У всех больных в почках и головном мозге очагов отсеков не наблюдается.

В группе В (6 больных), легкие увеличены, с очагами уплотнения. На разрезе легкие неравномерно серовато-красного цвета, с множественными мелкими просовидными очажками серовато-жёлтого цвета, размером 0,2-0,5 см, расположенными диффузно по всем легочным полям, наиболее густо расположены в верхних отделах легких. Внутригрудные лимфатические узлы увеличены, спаяны в конгломераты, а на разрезе замещены казеозными массами. У 5 из 6 больных отмечается увеличение селезёнки, с наличием на разрезе мелких округлых желтоватых очажков, размером 0,3-0,4 см. У 5 из 6 больных печень увеличена, на разрезе коричнево-желтого цвета, с очажками бело-желтого цвета, размером 0,2-0,4 см. У 4 из 6 больных в почках определяются множественные округлые очаги желтоватого цвета, размером 0,4-1,0 см. У 3 из 6 больных отмечается утолщение мягкой мозговой оболочки, они непрозрачные, серо-желтоватого цвета. Под мягкой мозговой оболочкой в сером веществе определяются мелкие очаги, размером 0,4-0,7 см, желтоватого цвета с гноевидным содержимым.

При гистологическом исследовании в группы А (18 больных), в ткани лёгких отмечался неравномерный выраженный внутриальвеолярный отёк, полнокровие, периваскулярный и перибронхиальный пневмосклероз, очаговые скопления гемосидерина, множественные эпителиоидноклеточные гранулемы с обильной лимфоцитарной инфильтрацией вокруг, с казеозным некрозом в центре гранулем, с наличием гигантских многоядерных клеток Пирогова-Лангханса. Гистологическое исследование ткани селезёнки показало полнокровие, фрагментации трабекул, редукцию фолликулов, множество эпителиоидноклеточных гранул с казеозным некрозом в центре гранулем и с наличием гигантских многоядерных клеток Пирогова-Лангханса. При исследовании печени отмечаются аналогичные изменения.

При гистологическом исследовании группы В (6 больных), был выявлен неравномерно слабо выраженный внутриальвеолярный отёк, на некоторых участках альвеолы расширены, межальвеолярные перегородки утолщены, сосуды полнокровны, определяются множественные мелкие очаги казеозного некроза без гранулематозной реакции, либо наличием вокруг единичных эпителиоидных клеток, лимфоцитов и клеток Пирогова-Лангханса, большое количество сегментоядерных лейкоцитов, с наличием лейкоцитов и в некрозе. При исследовании ткани селезёнки, печени почек, головного мозга и лимфатических узлов, были выявлены мелкие очаги казеозного некроза без гранулематозной реакции, либо с очень слабовыраженной гранулематозной реакцией.

Итак в группе А (18 больных), преобладает продуктивное воспаление с эпителиоидно-гигантоклеточной и лимфоидной реакцией по периферии очагов, и формированием типичных гранул. В группе В (6 больных), у умерших от туберкулеза при ВИЧ-инфекции преобладали альтеративно-экссудативные изменения при отсутствии или минимальных проявлениях продуктивного воспаления, очаги специфического воспаления имели мономорфное строение. Формирование в легочной паренхиме микроколоний микобактерий сопровождается формированием на этих участках клеточных инфильтратов со значительным преобладанием полиморфно-ядерных лейкоцитов. При окраске гистологических срезов по Цилю-Нильсену в гнойно-некротических очагах выявляли в больших количествах кислотоустойчивых бактерий, окрашенных в малиновый цвет. При цитологическом исследовании мазков-отпечатков лёгких окрашенных по Цилю-Нильсену выявляли группы кислотоустойчивых бактерий окрашенных в малиновый цвет, что подтверждает туберкулезную этиологию выделенного процесса.

Вывод:

Исходя из всего выше перечисленного, полученные данные свидетельствуют о характерной морфологической картине туберкулезного поражения легких у ВИЧ-инфицированных, отражающей патоморфоз специфического процесса: альтернативные изменения с отсутствием типичных гранул; гнойно-некротический характер очагов воспаления при отсутствии типичной продуктивной реакции; мономорфность фокусов и резким снижением или полным исчезновением макрофагов и лимфоцитов.

Эти признаки свидетельствуют об особенностях иммунного статуса и течения туберкулезного воспаления по типу реакции гиперчувствительности немедленного типа. Морфологические изменения в легких характеризуются острым прогрессированием заболевания с утратой признаков волнообразности течения процесса, отсутствием типичной гранулематозной тканевой реакции и специфичности воспалительных изменений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Журнал // Архив Патологии, том 69, 3 изд. Пархоменко Ю. Г., Ерохин В. В., Зюзя Ю. Р., Лепеха Л. Н., Тишкевич О. А. Патоморфологические изменения в лёгких при туберкулёзе у умерших от ВИЧ-инфекции в стадии СПИДа. М., Медицина.
2. Пальцев М. А., Аничков Н. М. Патологическая анатомия. Том 2, часть 1. – М., Медицина. 2001 г.
3. Патология // Руководство под редакцией Пальцева М. А., Паукова В. С., Улумбекова Э. Г. М., ГЭОТАР – Мед. 2002 г.
4. Серов В. В., Пальцев М. А., Ганзен Т. Н. Руководство к практическим занятиям по патологической анатомии. М., Медицина. 1998 г.
5. Скворцов М. А. Многомное руководство по патологической анатомии. М., Медицина. 1970 г.
6. Струков А. И., Серов В. В. Патологическая анатомия. М., Медицина. 1994 г.
7. Цинзерлинг А. В., Цинзерлинг В. А. Современные инфекции. Санкт-Петербург. 2004 г.

УДК 616-001.17-085:615.322

ПРИМЕНЕНИЕ МАЗИ, СОДЕРЖАЩЕЙ СПИРТОВЫЙ ЭКСТРАКТ ИЗ ПЛОДОВЫХ ТЕЛ ТРУТОВИКА ЛЕКАРСТВЕННОГО (FOMITOPSIS OFFICINALIS), ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВОЙ ТРАВМЫ

Арапова В. А., Гуликян Г. Н., Мкртычян Б. Т.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра фармакологии с курсом клинической фармакологии, фармтехнологии и ПО

Научный руководитель: д.м.н., проф. Новицкий И. А.

Проблема восстановления раневых дефектов ожоговой травмы была и остается одной из самых актуальных задач современной медицины. На данный момент появилось большое количество новых лекарственных средств из растительного сырья, выполняющих свои биологические функции на разных стадиях заживления ожоговой травмы.

Для практической медицины большой интерес представляет растительное сырье, которое может быть экстрагировано из растений, произрастающих на территории Сибири. В частности, таким растением является гриб *Fomitopsis officinalis*, класса *Basidiomycetes*, семейства *Fomitopsidaceae*. Лиственничная губка — трутовик — гриб, паразитирующий на стволах некоторых хвойных деревьев, наиболее часто на лиственницах, почему и получил соответствующее название. Трутовик распространен в северо-восточных районах европейской части России, в Западной и чаще Восточной Сибири, на Дальнем Востоке. Грибница трутовика находится в древесине, на поверхности ствола развивается многолетнее плодое тело удлинённой или копытообразной формы.

Исходным сырьем для получения спиртового экстракта служил остаток плодовых тел трутовика лекарственного после последовательной углекислотной и водной экстракции. По органолептическим и физико-химическим показателям спиртовой экстракт должен соответствовать следующим нормам:

Наименование показателя	Характеристика и нормы	Нормативно-технические документы
Цвет	Темно-коричневый	ГОСТ 14618,0-94
Запах	Без запаха	ГОСТ 14618,0-94
Плотность, кг/м ³	820-830	ГОСТ 14618,0-94
Показатель преломления при 20 градусах С	1,365-1,370	ГОСТ 14618,0-94
Кислотное число, мг КОН г	160,00-187,00	ГОСТ 14618,0-94
ЭФИРНОЕ ЧИСЛО, мг КОН г	88,50-91,25	ГОСТ 14618,0-94
Выход экстрактивных веществ	25,50	ГОСТ 14618,0-94
Содержание агарикоиновой кислоты, % НЕ МЕНЕЕ	8,00	ГФ

В состав спиртового экстракта входили: липиды – 46,6%, агарикоиновая кислота – 8,3%, витамин Е - 72,3%, витамин К – 1,9%, каратиноиды – 6,7%, фенольные соединения – 11,4%.

Представленные в спиртовом экстракте вещества обладают широким спектром фармакологических эффектов. Витамин Е улучшает циркуляцию крови, необходим для регенерации тканей. Он обеспечивает нормальную свертываемость крови и заживление; снижает возможность образования шрамов от некоторых ран, укрепляет стенки капилляров, предотвращает анемию. В качестве антиоксиданта витамин Е защищает клетки от повреждения, замедляя окисление липидов и формирование свободных радикалов, участвует также в формировании коллагеновых и эластических волокон межклеточного вещества. Витамин К необходим для синтеза белков, обеспечивающих достаточный уровень коагуляции, повышает свертываемость крови и участвует в образовании протромбина, обладает антибактериальным, антимикробным и болеутоляющим действием. При его недостатке нарушается нормальная свертываемость крови, снижается биосинтез тромбина и других тромбогенных компонентов, повышается проницаемость капилляров. Применяется как кровоостанавливающее и ранозаживляющее средство. Каратиноиды в медицинской практике используются для лечения пораженных кожных покровов. Они присутствуют в эпидермисе и роговом слое кожи человека. Считается, что, реализуя свои антиоксидантные свойства, они защищают кожу от воздействия ультрафиолетового излучения. Фенольные соединения влияют на многие физиологические функции организма: они проявляют противовоспалительное, антимикробное, адаптогенное, стимулирующее, фотосенсибилизирующее и кровоостанавливающее действие.

Целью настоящего исследования являлось испытание мази, содержащей спиртовой экстракт из плодовых тел трутовика лекарственного для местного лечения ожоговой травмы. Для реализации поставленной цели были определены следующие задачи:

1. Разработать стандартную ожоговую травму 2 степени у крыс.
2. Провести визуальный и гистологический сравнительный анализ состояния ожоговой раны кожи крыс, после применения вазелиновой мази и мази на основе спиртового экстракта из плодовых тел трутовика лекарственного.

3. Установить эффективность восстановления кожного покрова при местном лечении экспериментального ожога 2 степени мазью на основе спиртового экстракта из плодовых тел трутовика лекарственного.

Термический ожог кожи моделировали на 12 крысах массой 180-220 г. Животным после удаления волосяного покрова в паравerteбральной области спины на уровне ее середины под эфирным наркозом создавали контактный термический ожог медной пластиной с силой давления в 1,255Н, нагретой до 2200С. Время экспозиции пластины составило 7сек, с глубиной ожога 2 степени (дерма сохранена, эпидермис отслоен). Площадь ожоговой раны составляла 4 см² (5% от общей поверхности кожи крысы). Предварительно глубина ожоговой травмы была определена на гистологическом срезе ткани кожи. День нанесения ожоговых ран животным считался нулевым. На первом этапе исследований животные (12 особей) были разделены на 2 группы: Первая группа - крысы с термическим ожогом, которым была нанесена 1% мазь на основе подленного вазелина и спиртового экстракта из плодовых тел трутовика лекарственного. Вторая группа - крысы с термическим ожогом, которым была нанесена вазелиновая мазь. На рану накладывали асептические ватно-марлевые салфетки. Сроки анализа восстановления ожоговой поверхности составляли 2,4,6,8,12 и 15 суток с момента травмы. Животные согласно срока выводились из опыта, для гистологического анализа забирался сектор ожоговой раны (с захватом центрального и периферического отделов), материал помещался в контейнер с забуференным нейтральным 10% раствором формалина и в течение 24 часов подвергался автоматизированной гистологической проводке с заливкой в парафин. Секция тканей в парафиновых блоках и их окраска осуществлялись в стандартных автоматизированных условиях. Гистологические срезы для обзорного анализа окрашивались гематоксилином и эозином, для выявления коллагеновых волокон по Ван-Гизон, для изучения аргирофильных структур использовалась импрегнация солями азотнокислого серебра.

Сравнительный анализ в двух группах исследуемых крыс показал существенное изменение динамики процессов регенерации при применении однопроцентной мази на основе спиртового экстракта. Уже через 2 дня после нанесения ожога наблюдается существенное усиление процессов заживления и регенерации в группе животных, подвергшимся лечению исследуемой мазью (гиперемия и отек у опытной группы менее выражены, чем у контрольной, крысы были более активными). При более длительном наблюдении – 4 и 6 дней процесс заживления раны в исследуемой группе протекал также значительно интенсивнее (раньше началось формирование струпа и подсыхание пузырей). Уже через 8 дней рана в опытной группе крыс практически зажила (произошла отслойка первичного эпидермиса, остались лишь отдельные очаги грануляции). В контрольной группе рана заживала значительно медленнее – через 6-8 дней после травмы оставались значительные участки раневой поверхности (до 25-30 %). Полное заживление раны в контрольной группе зарегистрировано через 12-15 дней после травмы (эпителизация, рубец). Таким образом, проведенные предварительные исследования указывают на то, что мазь на основе спиртового экстракта заживляет раневые дефекты, приводит к полноценному восстановлению эпидермально-дермального комплекса, соответствующего здоровой коже, замещается собственными тканями в течении 5-6 суток, абсолютно не токсично, строго ориентирует волокна соединительной ткани, регулирует синтез коллагена, стимулирует размножение фибробластов и клеток сосудистого эндотелия, формирует микрососудистое ложе нормального строения.

После проведенного исследования, можно сделать следующие выводы: 1. Стандарт модели ожога кожи второй степени у крыс требует нанесения его медной контактной пластиной размером 4см², нагретой до 2200С и прижатой к коже с силой 1.225 н в течение 7 сек.

2. В результате использования 1% мази на основе спиртового экстракта при лечении ожоговой поверхности происходит существенное ускорение процессов заживления, что отражается в сроках полного восстановления кожи. Время заживления укорачивается на 4-6 дней.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лазарева Д.Н. Действие лекарственных средств при патологических состояниях. М., 1990 г.
2. Машковский М.Д. Лекарственные средства, 14 изд. М., Медицина, 2000 г.
3. Харкевич Д.А. Фармакология, 8 изд. М., Медицина, 2004 г.
4. Юденич В.В. Лечение ожогов и их последствий. М., Медицина 1980 г.
5. http://www.fungo.ru/ab_grib/trutovik.html

УДК 616.31-082-053.2 (571.5)

НУЖДАЕМОСТЬ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ПРИМЕРЕ ГОРОДОВ МИНУСИНСК, АРТЕМОВСК, КОДИНСК, РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ (УЛАН-УДЭ), РЕСПУБЛИКИ ХАКАСИЯ (АБАКАН), РЕСПУБЛИКИ ТЫВА (КЫЗЫЛ)

Ахмедова М. О., Барашук О. А., Золотухина В. М., Янкевич А. Н.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра стоматологии детского возраста, ортопедической стоматологии

Научные руководители: к.м.н., доц. Бриль Е. А., д.м.н. Манашев Г. Г.

Актуальность темы: Планирование программ профилактики и оказания лечебной помощи детям осуществляется на основании изучения стоматологической заболеваемости. Особое внимание при этом уделяется вопросам распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний - кариеса и болезней пародонта. На сегодняшний день во всем мире профилактика стоматологических заболеваний является ведущей мерой в борьбе с потерей зубов. Эта профилактика включает в себя комплекс мероприятий, характер которых зависит от возраста человека, климатогеографических особенностей местности, социально - бытовых условий, состояния уровня здоровья. Ведущим мероприятием в этом комплексе является гигиена полости рта. Ценность гигиенических мероприятий полости рта в том, что одновременно происходит воздействие на этиологический и патогенетический факторы. Основной целью, которых является химико-механическое удаление зубного налета.

Цель: Выявить потребность детского населения Красноярского края в стоматологической помощи на примере города Минусинск, Козинск, Артемовск, Республики Бурятия (г. Улан-Удэ), Республики Хакасия (г. Абакан), Республики Тыва (г. Кызыл).

Задачи исследования:

1. Определение фоновых показателей стоматологического здоровья среди обследуемых групп детей (КПУ+кп).
2. Определение гигиенического состояния полости рта у детей при помощи гигиенических индексов: Федорова-Володкиной, Грина-Вермиллиона.
3. Определение уровня стоматологической помощи для каждой группы детей (УСП).

Материал и методы: Нами было проведено стоматологическое обследование 180 детей в возрасте 6-7 лет.:

Красноярский край (Минусинск – 30, Козинск – 30, Артемовск – 30) – 90 детей,

Республики Бурятия (Улан-Удэ) – 30 детей,

Республики Хакасия (Абакан) – 30 детей

Республики Тыва (Кызыл) – 30 детей

Обследование проводилось в государственных стоматологических поликлиниках данных городов (Минусинск, Козинск, Артемовск, Улан-Удэ, Абакан, Кызыл).

Методы:

1. Проведение профилактического стоматологического осмотра. Для проведения осмотра использовали стандартный набор стоматологических инструментов (зонды, зеркала, пинцеты).

2. Определение уровня гигиены полости рта (индекс Федорова – Володкиной, индекс Грина-Вермиллиона). Для определения гигиенических индексов использовали раствор Люголя. Результаты обследования заносились в карту осмотра стоматологического больного, которая была специально разработана нами для проведения настоящего исследования.

Полученные результаты:

По величине среднего КПУ+кп у обследуемых групп детей в возрасте 6-7 лет, получили следующие данные: очень высокий уровень интенсивности кариеса у детей отмечен в Республики Тыва (г. Кызыл), Республики Бурятия (г. Улан-Удэ), г. Артемовск, г. Козинск. Высокий уровень интенсивности кариеса в Республики Хакасия (г. Абакан), г. Минусинск.

Таблица 1

Название города	КПУ+кп
г. Минусинск (30 чел)	7,4±0,01
г. Кызыл (30 чел)	9,8±0,01
г. Улан-Удэ (30 чел)	9,7±0,01
г. Артемовск (30 чел)	9,2±0,01
г. Абакан (30 чел)	7,8±0,01
г. Козинск (30 чел)	9,4±0,01

По результатам индекса Федорова-Володкиной уровень гигиены очень плохой в г. Минусинск, г. Кызыл, г. Улан-Удэ, плохой г. Абакан, г. Артемовск, г. Козинск. При обследовании выявлено наличие зубного налета у каждого ребенка.

По результатам гигиенического индекса Грина-Вермиллиона уровень гигиены плохой во всех группах детей.

Таблица 2

Название города	Индекс Федорова-Володкиной	Индекс Грина-Вермиллиона
г. Минусинск (30 чел)	3,8±0,01	2,9±0,01
г. Кызыл (30 чел)	3,5±0,01	2,8±0,01
г. Улан-Удэ (30 чел)	3,3±0,01	2,9±0,01
г. Артемовск (30 чел)	2,8±0,01	2,5±0,01
г. Абакан (30 чел)	2,5±0,01	2,7±0,01
г. Козинск (30 чел)	2,9±0,01	2,7±0,01

По полученным данным нашего исследования УСП во всех исследуемых группах детей составил меньше 50%, что свидетельствует о недостаточном уровне стоматологической помощи.

Таблица 3

Название города	УСП
г. Минусинск (30 чел)	15%
г. Кызыл (30 чел)	21%
г. Улан-Удэ (30 чел)	18%
г. Артемовск (30 чел)	32%
г. Абакан (30 чел)	39%
г. Козинск (30 чел)	27%

Выводы: В ходе нашего исследования установлено, что интенсивность кариеса среди детей 6-7 лет в исследуемых городах очень велика. Очень высокий уровень интенсивности кариеса у детей отмечен в Республики Тыва (г. Кызыл), Республики Бурятия (г. Улан-Удэ), г. Артемовск, г. Козинск. Высокий уровень интенсивности кариеса в Республики Хакасия (г. Абакан), г. Минусинск.

Среднее значение индекса гигиены полости рта Федорова-Володкиной по всем шести городам составило ниже 3,2±0,01, что является показателем плохого уровня гигиены полости рта. Среднее значение индекса гигиены полости рта Грина-Вермиллиона по всем шести городам составило ниже 2,7±0,01, что является показателем плохого уровня гигиены полости рта.

При расчете уровня стоматологической помощи было выявлено, что во всех исследуемых городах уровень стоматологической помощи оказался меньше 50%, а это свидетельствует о недостаточности стоматологической помощи населению.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алимский А.В. // Новое в стоматологии. – 2000. – №1. – С. 37-39.
2. Боровский Е.В., Леус П.А., Леонтьев В.К. и др. // Эпидемиологическое обследование состояния полости рта населения: Метод. рекомендации. – М., 1985.
3. Леус П.А. Новые критерии оценки стоматологической помощи и задачи профилактики. // Новое в тер., детс. и хирург. стомат. – М., 1987. – Т. 2 – С. 117-119.
4. Леус П.А. Долгосрочное прогнозирование интенсивности кариеса зубов в связи с внедрением программ массовой профилактики. // Управление, социально-экономические проблемы стоматологической службы страны. – М., 1991. – т. С. 107-110.
5. Окушко В.Р. Физиология эмали проблема кариеса зубов. – Кишинев, 1989. – С. 60; 64-65.

УДК 616.31-082-053.1 (571.4)

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ НА ПРИМЕРЕ ГОРОДОВ МИНУСИНСК, АРТЕМОВСК, КОДИНСК, РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ (УЛАН-УДЭ), РЕСПУБЛИКИ ХАКАСИЯ (АБАКАН), РЕСПУБЛИКИ ТЫВА (КЫЗЫЛ)

Ахмедова М. О., Барашук О. А., Золотухина В. М., Янкевич А. Н.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра стоматологии детского возраста, ортопедической стоматологии

Научные руководители: к.м.н., доц. Бриль Е. А., д.м.н. Манашев Г. Г.

Актуальность темы: Зубочелюстные аномалии приводят к значительным морфо-функциональным нарушениям в челюстно-лицевой области, а так же к выраженной функциональной патологии и как следствие заболеванием тканей пародонта и ранней потери зубов. Данные изменения прогрессируют с возрастом и сопровождаются деформацией лицевого отдела черепа, а так же эстетическим отклонениям. У таких пациентов нередко наблюдаются нарушение осанки, функциональные расстройства в малом круге кровообращения, задержка психосоматического развития. Это свидетельствует о социальном значении ранней профилактики нарушений и оказания ортодонтической, зубопротезной и других видов комплексной зубоврачебной помощи. Для грамотного составления программ профилактики и оказания лечебных мероприятий детям необходимо изучить стоматологическую заболеваемость и выявить возможные морфологические, функциональные и эстетические нарушения в зубочелюстно-лицевой области. Так как в период развития организма происходит активный рост органов и тканей, то при ранней потере временных зубов у детей обычно возникают нарушения формы зубных рядов и аномалии прикуса. Предупредить зубочелюстные аномалии и сохранить нормальную функцию зубочелюстной системы можно при помощи детского протезирования.

Цель: Выявить частоту и характер зубочелюстных аномалий, и нуждаемость детского населения Красноярского края в стоматологической помощи на примере городов Минусинск, Кодинск, Артемовск, Республики Бурятия (г. Улан-Удэ), Республики Хакасия (г. Абакан), Республики Тыва (г. Кызыл).

Задачи исследования:

1. Выявить частоту и характер зубочелюстных аномалий среди обследуемых групп детей.
2. Определить распространенность раннего удаления временных зубов у детей обследуемых групп.
3. Определить уровень стоматологической помощи для каждой группы детей (УСП).

Материал и методы: Нами было проведено стоматологическое обследование 180 детей в возрасте 6-7 лет:

Красноярский край (Минусинск - 30, Кодинск - 30, Артемовск - 30) – 90 детей,

Республики Бурятия (Улан-Удэ) – 30 детей,

Республики Хакасия (Абакан) – 30 детей

Республики Тыва (Кызыл) – 30 детей

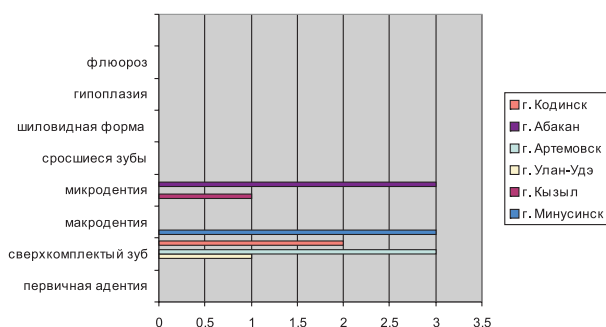
Обследование проводилось в государственных стоматологических поликлиниках данных городов (Минусинск, Кодинск, Артемовск, Улан-Удэ, Абакан, Кызыл).

Методы:

1. Проведение профилактического стоматологического осмотра. Для проведения осмотра использовали стандартный набор стоматологических инструментов (зонды, зеркала, пинцеты).
2. Опрос родителей по поводу раннего удаления временных зубов с занесением полученных сведений в карту осмотра стоматологического больного, которая была специально разработана нами для проведения настоящего исследования.

Полученные результаты:

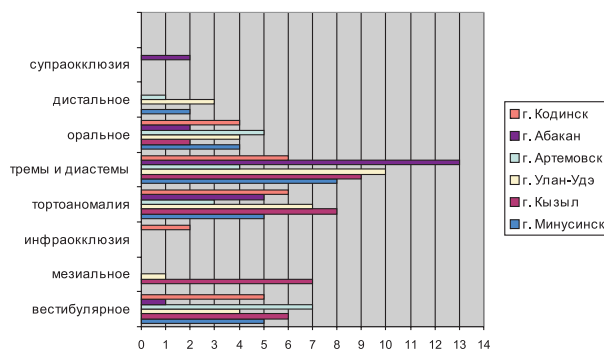
Диаграмма № 1 Аномалии зубов.



По результатам осмотра на предмет аномалии отдельных зубов можно сказать, что патология размеров зубов распространена в большинстве в г. Минусинск, г. Артемовск, г. Абакан, патология количества зубов в г. Кызыл и г. Улан-Удэ, в остальных городах патологии отдельных зубов не выявлено.

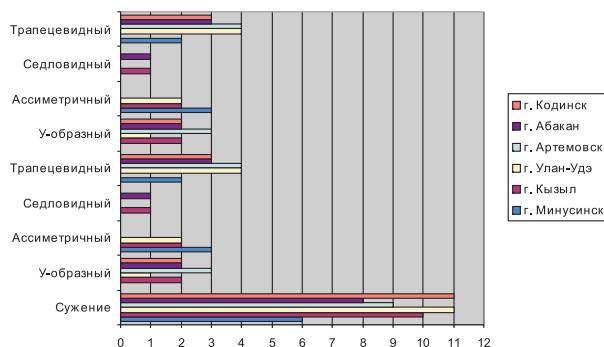
Диаграмма № 2 Аномалии зубных рядов.

А) Аномалии положения отдельных зубов.



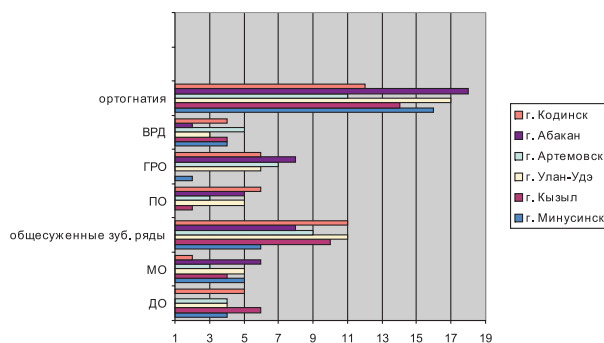
По результатам осмотра на предмет аномалии положения отдельных зубов можно сказать, что аномалия положения отдельных зубов в дистальном направлении больше распространена г. Улан-Удэ, в оральном г. Артемовск, тортоаномалии г. Кызыл, г. Коди́нск, г. Ула́н-Удэ́.

Б) Аномалии формы зубных рядов.



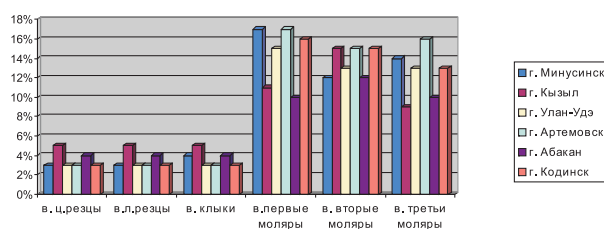
По результатам осмотра на предмет аномалии формы зубных рядов можно сказать, что аномалии формы зубных рядов в большей степени распространены в г. Коди́нск г. Ула́н-Удэ́, г. Кы́зыл преимущественно сужение зубных рядов.

Диаграмма № 3 вид окклюзии (прикус)



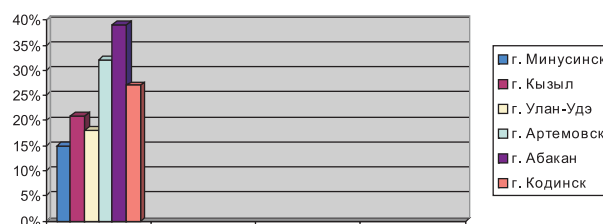
По результатам осмотра на предмет окклюзии можно сказать, что самой распространенным видом окклюзии в г. Абакан, г. Улан-Удэ, г. Минусинск является ортогнатический прикус, остальные виды окклюзии распространены в равном соотношении.

Диаграмма № 4 Распространенность раннего удаления временных зубов



При анализировании сведений от родителей о раннем удалении временных зубов выявлено, что чаще всего раннему удалению подвергаются временные моляры в возрасте от 4-7 лет.

Диаграмма № 5 Уровень стоматологической помощи (УСП)



По полученным данным нашего исследования УСП во всех исследуемых группах детей составил меньше 50%, что свидетельствует о недостаточном уровне стоматологической помощи.

Выводы:

1. По результатам осмотра на предмет аномалии отдельных зубов можно сказать, что патология размеров зубов распространена в большинстве в г. Минусинск, г. Артемьевск, г. Абакан, патология количества зубов в г. Кызыл и г. Улан-Удэ, аномалия положения отдельных зубов в дистальном направлении больше распространена в г. Улан-Удэ, в оральном г. Артемьевск, тортоаномалии г. Кызыл, г. Козинск, г. Улан-Удэ, аномалии формы зубных рядов в большей степени распространены в г. Козинск, г. Улан-Удэ, г. Кызыл преимущественно сужение зубных рядов, самой распространенным видом окклюзии в г. Абакан, г. Улан-Удэ, г. Минусинск является ортогнатический прикус, остальные виды окклюзии распространены практически в равном соотношении.

2. При анализировании сведений от родителей о раннем удалении временных зубов было выявлено, что чаще всего по всем городам раннему удалению подвергаются временные моляры в возрасте от 4-7 лет.

3. При расчете уровня стоматологической помощи было выявлено, что во всех исследуемых городах уровень стоматологической помощи оказался меньше 50%, а это свидетельствует о недостаточности стоматологической помощи населению.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алимский А.В., // Новое в стоматологии. – 2000. - №1. – С. 37-39.
2. Боровский Е.В., Леус П.А., Леонтьев В.К. и др. // Эпидемиологическое обследование состояния полости рта населения: Метод. рекомендации. – М., 1985.
3. Леус П.А. Новые критерии оценки стоматологической помощи и задачи профилактики. // Новое в тер., детс. и хирург. стомат. – М., 1987. – Т. 2 С. 117-119

УДК 130 ББК 71.0. ISBN 5-9371-003-3

ВЗГЛЯДЫ В ТРУДАХ ВЫДАЮЩЕГОСЯ УЧЕНОГО АВИЦЕННЫ В ОБЛАСТИ АКУШЕРСТВА

Ашурова Н. Г., Намозова Х. Ж., Бабажанова З. Х.

*Бухарский государственный медицинский институт им. Авиценны
Кафедра акушерства и гинекологии*

Научный руководитель: д.м.н. Амонов И. И.

С целью снижения показателей материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, в 1987 году ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА и Всемирный банк выступили с инициативой Безопасного Материнства. Безопасное материнство означает не только профилактику материнской заболеваемости и смертности оно также предполагает заботу о матери и ребенке. В это понятие входит физическое, умственное и социальное благополучие женщины до, во время и после родов, что должно обеспечить рождение здорового ребенка и здоровое детство. При поступлении в стационар женщина и сопровождающие её близкие должны быть ознакомлены с политикой данного учреждения, всеми проводимыми мероприятиями и с существующими правилами женщине и её близким должна быть представлена подробная информация о её состоянии при поступлении одним из важных моментов является присутствие при родах партнера - одного из близких людей роженицы, которых выбирает сама роженица. Медицинский персонал должен обучить партнера навыкам наблюдения и оказания помощи роженице. Рожениц никогда не следует оставлять одних во время родов.

Современное акушерство основывается на следующих принципах:

- демедикализация акушерской помощи при физиологически протекающей беременности;
- обеспечение физической и психоэмоциональной поддержки в родах;
- свободное положение в процессе родов;
- активное вовлечение роженицы в план родов;
- представление женщине и партнеру желаемой информации;
- обеспечение права женщине на возможность изоляции с целью охранения конфиденциальности;
- использование партграммы;
- обеспечение чистой среды во время родов;
- разрешить использование женщинами для новорожденных собственной одежды;

Основными принципами родов является наблюдение за процессом родов и своевременное выявление отклонений от их нормального течения. Женщине должно быть предоставлено право свободно двигаться, выбирая удобное положение - стоя, расхаживая, сидя, стоя на коленях или сидя на корточках и т.д. Свободный выбор позы во время родов помогает матери легче перенести боль. Если женщина во время первого периода родов предпочитает лежать на спине, не забудьте предложить ей повернуться на левый бок во избежание синдрома нижней полой вены.

В работах Авиценны существуют много схожих моментов о принципах ведения родов. Некоторые из них следующие: должно пробовать (придавать) роженице различное положение - класть ее на живот или навзничь, ставить на четвереньки и так далее, и наблюдать, какое из них приближает голову ребенка к влагалищу и облегчает роды. И берегись, не разрешай повитухе действовать резко, принимая ребенка и вводя во влагалище вещества, способствующие выскальзыванию. А сидеть во время родов ей всего лучше на скамеечке, имея опору сзади так, (ее сажают) при раскрытии матки. А если женщина жирная, она ложится на живот, опускает голову и подводит колени под живот, чтобы устье матки стояло вровень (с влагалищем); после этого ей смазывают влагалище мягчительными мазями (восковыми мазями, салом, жиром откормленных гусей). Положительные эмоции, расслабление роженицы способствует выработке у нее эндорфинов, что вызывает обезболивающий эффект.

Альтернативные методы устранения боли, особенно немедикаментозные, наиболее приемлемы. В первую очередь необходимо дать возможность выбрать женщине любую позицию. Это означает что ее движения не должны быть ограничены, особенно в течении первого периода родов. Некоторые женщины находят облегчение после применения теплого душа или ванны, массажа или поглаживания спины. Такой же эффект оказывают дыхательные упражнения и релаксация, отвлекающие внимание женщине.

Чтобы создать благоприятную среду и облегчить боль при схватках Авиценна пишет: «Когда роды трудные, давай ей нюхать приятные благовония в небольшом количестве, если силы её слабы, и заставляй принимать мясной сок и хорошие яства, незначительные по объему, например, яйца всмятку и тому подобное, и пусть она выпьет несколько чашек хорошего душистого вина. Потом посади ее и умерь тепло в ее комнате. Погрузи ее до ложных ребер в воду, нагретую до некоторой теплоты, и лучше всего - в посудину с водой, в которой сварили 10 пучков мяты».

Из выше изложенного следует отметить, что взгляды в трудах выдающегося ученого Авиценны не теряли своего значения и в настоящее время и убедили нас непрерывно осваивать и внедрять оставленное им богатое наследство.

А при ранних токсикоз беременных, особенно тяжелые формы, неблагоприятно отражается на течение гестационного периода, приводит к гипоксии плода. У беременных, перенесших его, часто возникает угроза прерывания беременности, железодефицитная анемия, поздний токсикоз беременных.

Во время беременности рекомендуется создание правильного режима питания, отдыха, психоэмоциональных нагрузок. Врач женской консультации должен провести разъяснительную беседу с беременной. В частности, он должен отметить, что тошнота и утренняя рвота-это признаки беременности, результат сложной перестройки всего организма и в первую очередь нервной, гормональной и иммунной систем, что при соблюдении правильного режима питания и сна эти симптомы быстро купируются и не переходят в патологическое состояние. В современности при прогрессировании заболевания показано лечение в стационарных условиях. Хороший эффект дают физиотерапевтические процедуры: электросон, электрофорез кальция на область солнечного сплетения или в виде «воротника», индуктотермия, рефлексотерапия, эндоназальная гальванизация. При слюнотечении следует применять такие растительные травы, как шалфей, мята, ромашка. А также полезно будет опереться на труды Авиценны, где описано много природных средств лечения раннего токсикоза. Например: высушенный крахмал подходит для тех беременных, которым хочется глины, а иногда они получают пользу от острых приправ вроде горчицы и тому подобного: горчица отрывает дурные соки и возбуждает аппетит, и это вообще превосходное средство для возвращения беременным аппетита.

Если бывает рвота у беременных после еды, то им следует давать после еды что-нибудь вязущее и благовонное, например печеную айву, особенно если в нее натыкали кусочки индийского алойного дерева. Им надлежит постоянно разминать руки и ноги, накладывать на желудок известные лекарственные повязки, заставляя их держать во рту гранатовые зернышки с листьями мяты. При наличии дурного сока в желудке и соучастия устья желудка нередко наблюдаются перебои сердца у беременных. Нередко перебои ослабляют питье горячей воды глотками и легкие физические упражнения от которых содержимое желудка спускается в кишки. Армянская глина - одно из средств, успокаивающих у них тошноту.

Если аппетит у беременных падает, то им полезно воздерживаться от жирной пищи и слишком сладких блюд, гулять соблюдая осторожность, стараться не пить воды а из вин ограничиваться душистым вином - жидким и в небольшом количестве-оно приносит пользу и исправляет аппетит, а также помогает от возникающей тошноты частой рвоты. К лекарствам восстанавливающим и усиливающим аппетит, относятся все те., в которых есть вязущие свойства и легкая теплота, например, «псох пастуха» сваренный с укропом, отвар которого дают пить, а также аристолюхия - до и после еды. Полезно также, лекарственные повязки, укрепляющие желудок, которые приготавливают из айвы, душистого тростника, фиников и сумбула со старым душистым вином. Иногда в них кладут еще семян сельдерея, аниса и фенхеля, особенно при наличии боли и пучения.

Когда же аппетит беременных портится до чрезмерности, им стараются очистить желудок при помощи, например, сока джуланджубина, приготовленного из персидской розы. Затем аппетит исправляют кислотами; густосваренный сок незрелого винограда и напиток из него, приготовленный с медом или сахарной водой, обладают превосходными, полезными свойствами в этом случае и подходят для плода.

Выше указанное лечение ранних токсикозов по Авиценне вполне приемлемо и на сегодняшний день.

Послеродовой период - это период после рождения ребенка, когда начинается лактация и возвращение органов к обычному состоянию.

Уход за матерью и ребенком в течении послеродового периода должен основываться на следующих принципах:

- способствовать хорошему физическому и эмоциональному состоянию матери и ребенка,
- способствовать успешному грудному вскармливанию ребенка.

Необходимо ежедневно наблюдать за состоянием матери и ребенка, вести детальные записи, точно описывающие все события. Важно чтобы акушерка и врач обучили роженицу уходу за собой и за новорожденным.

В течение 2 часов после родов роженица должна находиться в родильном зале. В это время ей проводится ревизия родовых путей и, при необходимости восстанавливается их целостность, путем наложения швов. После этого роженице определяют кровопотерю, считают пульс, измеряют АД на двух руках, делается туалет половых органов и бедер. Через 2 часа роженица перевозится в послеродовую палату, где её перекладывают на койку и оставляют холод на живот на 30 минут.

Процессы в организме женщины после родов являются физиологическими и поэтому она, считается здоровой женщиной. Но из-за наличия большой раневой поверхности необходимость кормления грудью, родильницы нуждаются в особом уходе. Прежде всего, особое внимание уделяется соблюдению правил асептики и антисептики, соблюдению личной гигиены. Родильницы с любыми признаками воспаления немедленно изолируются от здоровых во второе акушерское отделение или отдельную палату. Большое внимание уделяется уходу за молочными железами. При значительном нагрубании ограничивают питье, назначают слабительное. При неполном опорожнении после кормления ребенка необходимо сцеживать молоко. Застойные явления могут привести к развитию мастита. После каждого кормления необходимо обрабатывать соски дезинфицирующим раствором.

Учитывая, что ранее вставание способствует ускорению сокращения матки, восстанавливает кровообращение, нормализует функцию мочевого пузыря и кишечника, при нормальном течении родов, родильнице разрешают вставать через 2 часа. Со второго дня при нормальных родах назначают гимнастические упражнения, которые повышают тонус организма, улучшают кровообращение.

Женщину могут беспокоить обычно незначительные спазматические боли в нижней части живота, обусловленные сокращением матки.

Способ лечения болей у неё в матке. Её сажают в теплую воду и втирают ей (болящие) места сладкое фиалковое масло в теплом виде (Абу Али ибн Сино «Канон врачебной науки» 7-том, стр. 185).

Питание кормящей матери должно быть строго сбалансировано. Пищевой рацион должен быть повышен на 1/3 по сравнению с обычным. Калорийность должна быть 3200 ккал. Жидкости кормящей матери требуется 2 литра в сутки. Обязательно включение в рацион витаминов и минеральных солей. В обычный рацион добавляют кефир, творог, свежие ягоды и фрукты. Не рекомендуются консервы, острые блюда, трудно перевариваемая пища. Алкогольные напитки запрещаются.

В своих трудах Авиценна отметил: «Когда женщина только что родила, её следует укутать и постараться вызвать достаточное отделение кровей. Питание её должно быть правильным, и пусть она сразу не переходит на густую пищу - это, вызовет у неё лихорадку, ослабит преобразующую силу в печени и усилит жажду, а иногда это приводит к водянке если при этом отвердевает печень, то нет надежды на исцеление больной. Дни очищения имеют свои движения и периоды. Началом его является первое появление схваток и болей, и если больная перешла за 20 дней и дошла до 24, а болезнь продолжается или возвращается, это показывает, что конец наступает медленно и необходимо произвести опорожнения в день, когда нет кризиса и не наблюдается слабости (Абу Али ибн Сино «Канон врачебной науки» 7-том, стр. 162-163).

Из выше изложенного следует отметить, что взгляды в трудах выдающегося ученого Авиценны не теряли своего значения и в настоящее время и убедили нас непрерывно осваивать и внедрять оставленное им богатое наследство.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Безопасное Материнство. Материалы конференции. 1987г. ВОЗ, ЮНИСЕФ.
2. Абу Али ибн Сино «Канон врачебной науки» 7-том, стр. 180-181.
3. Абу Али ибн Сино «Канон врачебной науки» 7-том, стр. 185.
4. Абу Али ибн Сино «Канон врачебной науки» 7-том, стр. 162-163.

УДК 577.175.82

ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ О БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВАХ

Бабаджанян А. М.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра биологии с экологией и курсом фармакогнозии*

Научный руководитель: асс. Гаевская Г. П.

В мире существует десятки тысяч различных продуктов питания. Кроме пищи, которую дарит человеку природа (овощи, фрукты, мясо, молоко, рыба и др.), или которую он создает из натуральных продуктов (вино, хлеб, кисломолочные продукты и др.), в последнее столетие появилось много синтетических веществ, изготовленных на основе органических и неорганических соединений. Такие вещества называют биологически активными (БАВ). Их можно подразделить условно на две группы: к первой группе относятся безопасные, необходимые для различных процессов жизнедеятельности вещества, употребляемые как здоровыми, так и больными людьми. Они нужны для укрепления здоровья, сохранения долголетия, облегчения лечения различных заболеваний. К этой группе БАВ относятся: витамины, микроэлементы, антиоксиданты, адаптогены, пищевые волокна, вещества, способствующие выведению вредных продуктов метаболизма, а также вещества поддерживающие функции иммунной системы, сердечно - сосудистой и других систем организма. Ко второй группе относятся пищевые добавки – (ПД), которые вносят в продукты питания для придания аромата, вкуса, улучшения внешнего вида, создания необходимой структуры и консистенции, увеличения срока хранения. К ним относятся: красители, эмульгаторы, консерваторы, антиоксиданты жиров, антибиотики, загустители и др.

Объем использования этих веществ продолжает постоянно увеличиваться. Ученые установили, что далеко не все пищевые добавки второй группы безопасны для здоровья человека. Многие из них при длительном поступлении в организм могут стать причиной острых или хронических отравлений, аллергических реакций, приводят к нарушению переваривания и всасывания питательных веществ, вызывают заболевание печени и почек, стимулируют образование злокачественных опухолей. Покупая различные продукты в красивых упаковках, мы часто даже не задумываемся об их составе. Однако во многих случаях его знание помогло бы избежать нежелательных последствий. Поэтому информирование потребителя о химическом составе продуктов питания является не только маркетинговой, но и актуальной медицинской проблемой.

Целью нашего исследования стало изучение осведомленности населения о применении биологически активных добавок и веществ.

Источником информации были не имеющие отношение к медицине - взрослые люди и школьники, (83 человека, среди них лица от 14 до 63 лет, 56 представителей женского пола и 27 мужского) посещающие аптеки и продуктовые магазины, а также студенты КрасГМУ факультета «Лечебное дело» (521 человек, среди них лица в возрасте от 17 до 30 лет,

из них 382 студента женского пола, а 139 - мужского). В работе были использованы методы анкетирования и интервьюирования. Проводился анализ информации о составе, наиболее часто покупаемых школьниками и студентами продуктах – жевательных резинок, газированной воды, шоколадных батончиков, различных сухарей и чипсов. Оказалось, что многие из них содержат, вредные пищевые добавки. Например, шоколад «m.ms» кроме считающихся безвредными добавками E104, E110, E129, E133, содержит добавки E121-E171, которые по данным научной литературы являются канцерогенными и вызывают заболевания почек и печени. В жевательных резинках была обнаружена добавка E171, E130, - последняя вызывает заболевания желудочно-кишечного тракта; в сухарях «Кириешки» усилитель вкуса E223- стимулирующий нарушение работы желудочно-кишечного тракта; в чипсах «Лейс» краситель E426, который может вызывать заболевание печени, почек и желудочно-кишечного тракта, в напитке «Pepsi» были обнаружены краситель E150, регулятор кислотности E 338- провоцирующие возникновение злокачественных опухолей.

С целью установления уровня информированности населения о различных биологически активных добавках была составлена анкета, содержащая 9 вопросов:

1. Знаете ли Вы о присутствии пищевых добавках в продуктах питания? _____
2. Интересует ли вас данная проблема? _____
3. Читали ли Вы публикации о БАД в газетах и журналах? _____
4. Обращаете ли Вы внимание на срок годности и на маркировку при покупке продуктов? _____
5. Купите ли вы дешевый продукт, зная, что там содержатся опасные добавки? _____
6. Употребляете ли Вы биологически активные вещества (витамины, йодсодержащие вещества, кальцийсодержащие вещества...)? _____
7. Кто в вашей семье покупает БАДы? _____
8. Играть ли роль биологически активные добавки в жизни человека? _____
9. Возраст _____ пол _____

№ вопроса	Анализ результатов анкет взрослых и школьников, не имеющих отношение к медицине	Анализ результатов анкет студентов КрасГМУ
1.	Свыше 65% опрошенных знают о наличии пищевых добавок в продуктах питания	Свыше 81% – студентов знают о наличии пищевых добавок в продуктах питания
2.	54% – заинтересованы данной проблемой (чаще это женщины)	67% – заинтересованы данной проблемой (чаще это женщины)
3.	47% – знакомы с публикациями по данной проблеме, причем женщины оказались информированнее мужчин	54% – встречали публикации по данной проблеме, причем женщины информированнее, чем мужчины
4.	72% – мужчин не обращают внимания на маркировку, в основном этим интересуются женщины	62% – обращают внимание на срок годности продукции и на маркировку
5.	85% - не купят продукты, если будут знать, что в них содержатся опасные добавки	87% – не купят продукт, если будут знать, что там содержатся опасные добавки
6.	36% – покупают в аптеках биологически активные вещества	62% – употребляют помимо пищевых продуктов биологически активные вещества, в основном витамины
7.	65% – многие не используют БАВ	53% – не используют БАВ, а если и используют, то в основном покупают родители
8.	71% – считают, что БАВ играют большую роль в жизнедеятельности человека	78% – считают, что БАВ играют большую роль в жизнедеятельности человека

По результатам проведенной работы можно сделать следующие выводы:

1. Информированность о наличии биологических добавок в продуктах питания значительно выше у студентов медицинского вуза, чем у людей, не имеющих отношение к медицине.
2. Заинтересованы этой проблемой больше женщины. Они читают публикации по данной теме.
3. Информированность студентов о значении БАВ возрастает в зависимости от курса. На первом курсе знают о пищевых добавках в продуктах питания 67% студентов, а вот у шестому курсу осведомленных становится больше- 88% студентов.
4. Далеко не все опрошенные знают вообще о биологически активных веществах и о добавках к пищевым продуктам. Знание других людей очень поверхностное. Исходя из понимания значения пищевых добавок для здоровья человека, необходимо проведение тщательно продуманной санитарно-просветительной работы, среди граждан Российской Федерации по данному вопросу.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айла Ф., Кайгер ДЖ. Современная генетика. Т 1-3. М.: Мир, 1987.
 2. Ильина Р.М., Молокеев А.В., Никулеин Л.Г. «Я студент» 2002 год.
 3. Мамонтов С. Г., Захаров В.Б. Общая биология: Высшая школа, 1992; Дрофа, 1994.
 4. Машарова Т. Н., Омельченко И. В. «Активность +».
 5. Пособие «Курортмедсервис» 2007 год.
 6. Тутельян В.А «Здоровье через питание» 2006 год.
 7. Энциклопедия «Лекарь Сибири» 2006 год.
- Помощь оказали: Городская центральная аптека г. Енисейска, магазин «Центральный», магазин «Олимп».

**ВСТРЕЧАЕМОСТЬ *HELICOBACTER PYLORI* ПРИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА****Бабич Н. С., Донская Е. В., Хало И. В.***Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра патологической анатомии***Научные руководители: д.м.н., доц. Али-Риза А. Э., ст. преп. Бичурин Т. Б.**

Helicobacter pylori (HP) рассматривается в настоящее время как одна из самых важных инфекций человека, которая выявляется у 50% населения планеты. Несмотря на достигнутые успехи в изучении инфекции HP в желудке, остается еще много нерешенных проблем. Пока еще не увенчались успехом попытки точного определения фактора или комбинации свойств, делающих бактерию болезнетворной. Продолжать эти попытки необходимо. Поскольку один и тот же штамм HP у одних людей может привести к появлению язвенной болезни, а у других – к банальному хроническому гастриту или, напротив, к раку желудка, не следует оставлять вне пределов внимания выяснение определенных условий, определяющих характер взаимодействия с инфектом и направление развития патологии. В популяции достаточно много людей, инфицированных HP (если всегда рассматривать HP в качестве инфекционного фактора). Однако лишь у 10-15% людей, инфицированных HP, развивается «пептическая» язвенная болезнь или рак желудка. Исходя из имеющихся немногочисленных данных, Россия (в частности, Сибирский регион) относится к странам с преимущественным инфицированием HP в детском и подростковом возрасте и хронизацией инфекции в виде хеликобактерного гастрита с высоким риском развития в последующем язвенной болезни желудка и рака желудка. Следует напомнить, что безусловным фактором риска HP для детей является наличие инфекции у родителей. Есть мнение, что у лиц, инфицированных в детском возрасте, изменения слизистой оболочки желудка идут по пути «воспаление – атрофия – метаплазия – дисплазия». В этом случае более вероятно развитие хронического атрофического гастрита с последующим снижением желудочной секреции, что защищает субъекта от возникновения дуоденальной язвы, однако повышает риск развития язвы желудка и рака желудка. У лиц, инфицированных в более позднем возрасте, меньше изменены структура и функция обкладочных клеток, и колонизация HP у части из них приводит к образованию язвы двенадцатиперстной кишки. К сожалению, несмотря на проводимые исследования и полученные отрывочные сведения по патогенезу HP, сегодня еще нет «стройной» убедительной концепции понимания патогенеза HP. Чаще всего полученные результаты сводятся пока к предложению той или иной гипотезы, требующей доказательств. Однако появление все новых гипотез дает толчок к проведению дальнейших исследований. Периодически в литературе появляются публикации, в которых в большей или меньшей степени обсуждаются вопросы этиопатогенеза хеликобактериоза, многие из которых до настоящего времени остаются недостаточно ясными. В связи с этим высказывается много предположений, которые пока можно рассматривать лишь в качестве гипотез (положений, требующих доказательств). В первые годы изучения HP все сводилось в основном к изучению вообще этиологии и/или патогенеза HP, которые нередко рассматривались как «единое целое» при различных заболеваниях, ассоциируемых с HP, а также – к диагностике HP и разработке методов лечения больных. В последние годы значительное внимание уделяется уточнению распространенности HP и многих недостаточно ясных аспектов патогенеза хеликобактериоза, в том числе и при различных заболеваниях. Выявлено множество фактов, знание которых позволило по-новому посмотреть на роль HP при различных заболеваниях, уточнить ранее не совсем ясные вопросы и в то же время с учетом новых данных поставить новые вопросы, нуждающиеся в изучении. В данном сообщении, не претендуя на обсуждение всей проблемы патогенеза хеликобактериоза (это слишком большая проблема) и ввиду ограниченности объема материала, решено обратить внимание лишь на некоторые сведения о роли HP, в том числе и еще не совсем ясные, требующие уточнения и обсуждаемые в литературе пока еще в виде гипотез.

Цель: показать частоту встречаемости *Helicobacter pylori* при различных кислотозависимых заболеваниях верхних отделов пищеварительного тракта, выраженность обсеменения и воспаления слизистой оболочки желудка (СОЖ) при этих заболеваниях.

При изучении данной проблемы были поставлены следующие задачи:

1. Изучение амбулаторных карт и протоколов гистологического исследования биоптатов слизистой оболочки желудка при различных заболеваниях верхних отделов ЖКТ с последующим их анализом.
2. Установление частоты встречаемости *Helicobacter pylori* при различных заболеваниях верхних отделов ЖКТ.
3. Сопоставление частоты выявления различных вариантов степени обсеменения *Helicobacter pylori* и выраженности воспалительных изменений у больных с различными заболеваниями верхних отделов ЖКТ.

При оценке полученных данных использовались следующие критерии:

1. Выделение нозологических единиц заболевания в соответствии с критериями международной классификации болезней 10-го пересмотра.
2. Определение степени обсеменения *Helicobacter pylori* и выраженности воспалительного процесса в слизистой оболочке желудка согласно общепринятой Сиднейской классификации гастритов (Хьюстонский пересмотр).

Работа проводилась на базе патологоанатомического отделения НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Красноярск ОАО «РЖД». Для статистической обработки данных были использованы статистические характеристики: коэффициент корреляции и критерий Пирсона. Данные учитывались в соответствии с клиническим диагнозом, наличием *Helicobacter pylori* и активностью воспалительного процесса в слизистой оболочке желудка.

Материал и методы: для исследования были изучены амбулаторные карты и протоколы гистологических исследований за 3 года в период с 1.01.2006 г. по 31.12.2008 г. Отобраны группы больных с патологией пищевода (ПП), хроническим гастритом (ХГ), язвенной болезнью желудка (ЯБЖ), язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК), раком желудка (РЖ). Всем больным была проведена фиброгастродуоденоскопия с биопсией слизистой оболочки желудка (СОЖ), а при заболеваниях пищевода и двенадцатиперстной кишки забор материала осуществлялся соответственно и из этих отделов. Диагностика HP проводилась гистологическим методом. Этот метод позволяет наряду с выявлением HP оценивать и структурные изменения в слизистой оболочке желудка – активность воспаления, состояние секреторных

желез, наличие дисрегенераторных процессов. Результат исследования может быть получен на 3-4-й день после взятия материала. Морфологическое исследование биоптата слизистой оболочки с оценкой степени обсемененности позволяют достаточно достоверно определять *H. pylori* и являются своеобразным “золотым стандартом” при сравнении информативности различных способов диагностики хеликобактериоза. Для выявления *H. pylori* на поверхности слизистой оболочки используют различные методики окраски срезов биоптатов. Наиболее часто используются окраски акридиновым оранжевым (чувствительность составляет 85%), методом Гимзы (79%), серебрением по Вартин-Старри (67%) .

При изучении биоптатов выделяют три степени обсемененности СОЖ *H. pylori*:

1. слабая - до 20 микробных тел в поле зрения (x630),
2. средняя - до 50 микробных тел в поле зрения,
3. сильная - более 50 микробных тел в поле зрения, обозначаемые условными знаками (+; ++; +++).

В нашей работе использовалась окраска гистологических препаратов слизистой оболочки желудка по Гимзе, с последующим выявлением спиралевидных бактерий на поверхности эпителиальных клеток или в пристеночной слизи. Основные диагностические гистологические признаки хеликобактерного гастрита: 1) выраженная нейтрофильная инфильтрация в ямочном эпителии с повреждением клеток; 2) плазмочитарная и лимфоцитарная инфильтрация собственной пластинки; 3) наличие НР в виде изогнутых «стержней» на поверхности слизистой оболочки и в просветах ямок; 4) лимфоидные фолликулы, которые могут быть достаточно большими, что требует дифференцирования с желудочной лимфомой.

В результате обработки данных были получены следующие результаты:

Helicobacter pylori определяются более чем у половины обследованных больных, обратившихся по поводу заболеваний верхних отделов ЖКТ, при этом чаще у мужчин, чем у женщин.

Наиболее часто *Helicobacter pylori* выявляются при заболеваниях желудка, реже при заболеваниях ДПК, и довольно редко встречаются при заболеваниях пищевода, при этом выраженность воспалительных изменений в СОЖ соответствует степени обсеменения НР.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аруин Л.И.; Смотров А.А.; Ильченко А.А. / *Campylobacter pyloridis* при язвенной болезни // Арх.пат. - 1988.- №2.- с.13-18.
2. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А.. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника — М., «Триада-Х», 1998, — 496 с.
3. Дзюба, Л.П. Может ли неинвазивная диагностика НР уменьшить число эндоскопических исследований у больных с диспептическими жалобами, обратившимися впервые за врачебной помощью? / Дзюба Л.П., Домарева И.В.
4. Исаков, В.А. Хеликобактериоз / В.А. Исаков, И.В. Домарадский. — М.: Медпрактика-М, 2003. — 425 с.
5. Исаков В.А. Новые технологии в диагностике *H. pylori* / в кн. Диагностика и лечение заболеваний ассоциированных с *H. pylori* , М. 1999. - с. 12-14.
6. Кудрявцева Л.В. Изучение диагностической ценности различных методов диагностики хеликобактериоза. Дисс. Канд.мед. наук // М.1999. - 154.С.
7. Терещенко С.Г., и др. // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол. и колопроктол. 2001. № 11. (Приложение 13). С. 32.
8. Mastromarino P., Conti C, Donate K. et al. /Does hospital work constitute a risk fac-tor for *Helicobacter pylori* infection? // J. Hosp. Infect. 2005. Vol. 60. № 3. P. 261-268.

УДК 613.2

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОСВЕЩЕННОСТИ РАБОЧИХ МЕСТ СТУДЕНТОВ В УЧЕБНОЙ АУДИТОРИИ КРАСГМУ

Бабич Н. С., Донская Е. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра гигиены*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Шевченко И. Ю.

Характерными чертами современного учебного учреждения являются значительные по объему и интенсивности учебные нагрузки, которые предъявляют высокие требования к организму учащихся [1]. Важную роль при этом играет содержание и особенно продолжительность учебного процесса, которая в среднем составляет 6-8 часов. Форма и содержание учебного процесса непосредственно зависят от материальной базы учебного учреждения. Отсутствие достаточного количества необходимого демонстрационного материала, наглядных пособий приводит к монотонности занятий и преждевременному утомлению учащихся, отсутствие достаточного количества мебели приводит к нарушениям опорно-двигательного аппарата и ухудшению зрения [4]. Нагрузка на глаза зависит от степени освещенности на рабочем месте. Зрительная работа при пониженных уровнях освещенности приводит к напряжению зрения, утомлению зрительного анализатора, возникновению и прогрессированию близорукости [3].

Результаты исследований, проводимых во всех регионах нашей страны, подтверждают негативные тенденции состояния здоровья учащихся, формирующихся за период обучения в образовательном учреждении [1]. Причем, уровень заболеваемости органов зрения учащихся может возрастать от первого года обучения к последнему году обучения от 1,5 до 2,5 раз [2].

Разработка и осуществление профилактических мероприятий по сохранению и укреплению здоровья детей, подростков и молодежи входит в число первоочередных задач гигиены [3]. В связи с чем, изучение уровней освещенности в учебной аудитории является актуальным, так как в ней длительное время занимаются студенты.

Специалистами в области профилактической медицины Красноярского края в течение многих лет проводится изучение уровней освещенности в учебных аудиториях различных образовательных учреждений [4].

Целью нашей работы явилось изучение уровней искусственной и естественной освещенности в учебной аудитории теоретической кафедры КрасГМУ.

Для реализации поставленной цели выполнены следующие задачи:

- измерены параметры, характеризующие световой режим в учебной аудитории;
- проведено сравнение полученных результатов с гигиеническими нормативами;
- даны рекомендации по оптимизации естественной и искусственной освещенности в учебном классе на рабочих местах студентов.

Методы исследования. Проведена гигиеническая оценка естественной и искусственной освещенности в учебной аудитории теоретической кафедры университета. Измерения уровней освещенности проводились люксметром «ТКА-ЛЮКС» в течение трех недель весеннего периода года.

Измерены уровни естественной освещенности и рассчитаны коэффициенты естественной освещенности ($n=8$). Коэффициент естественного освещения (КЕО, %) – это отношение освещенности внутри помещения к освещенности снаружи здания в той же горизонтальной плоскости, выраженное в процентах. Гигиенический норматив КЕО для учебных классов теоретических кафедр составляет 1,5 %. Для оценки естественной освещенности рассчитан световой коэффициент (СК) – это отношение остекленной поверхности окон к площади пола. Гигиенический норматив СК для учебных классов составляет 1:4-1:6. Измерен уровень искусственной освещенности на рабочих местах студентов ($n=20$). Проведена гигиеническая оценка цветовой гаммы внутренней отделки, ученической мебели ($n=8$); оценена степень задержки дневного света стеклами окон ($n=8$). Дана гигиеническая оценка отражающей способности рабочих поверхностей учебной мебели и внутренней отделки стен.

С помощью статистической обработки рассчитаны средние показатели (M), минимальные и максимальные значения, стандартное отклонение (σ).

Полученные результаты.

Изученный учебный класс имеет прямоугольную форму; на светонесущей стене класса имеется 2 оконных остекленных проема. Окна учебного помещения ориентированы на юго-запад; прямые солнечные лучи проникают в кабинет во второй половине дня, значительно нагревая воздух помещения и создавая блики на рабочих поверхностях столов, что является неблагоприятным фактором для учебного процесса.

Полученные нами результаты свидетельствуют, что средний коэффициент естественной освещенности ($M \pm \sigma$) соответствует гигиеническому нормативу и составляет $3,1 \pm 1,01$ % (табл. 1). Минимальный измеренный уровень КЕО составил 1,7 %, максимальный – 4,2 %; таким образом, в изученной аудитории естественная освещенность, благодаря двум большим окнам, соответствует требованиям, предъявляемым к учебным классам высших учебных заведений (табл. 1).

Таблица 1

Параметры, характеризующие световой режим в учебной аудитории ВУЗа

Изучаемый параметр	Средний Уровень ($M \pm \sigma$)	min	max	Гигиенический норматив
Коэффициент естественного освещения (КЕО, %)	$3,1 \pm 1,01$	1,7	4,2	1,5
Световой коэффициент (СК)	1:6	1:6	1:6	1:4-1:6
Уровень искусственной освещенности (лк)	$382,2 \pm 231,1$	85	803	300
Степень задержки света грязными стеклами (%)	$39,1 \pm 7,17$	25	45	0,0
Коэффициент отражения (в долях)	$0,22 \pm 0,13$	0,1	0,5	0,1-0,5

Световой коэффициент является косвенным показателем достаточности естественной освещенности в помещениях. Расчет и оценка светового коэффициента (СК) производится в том случае, когда отсутствует возможность произвести инструментальные измерения уровней естественной освещенности, и используется, в основном, при проектировании учебных заведений. Инженер-проектировщик, учитывая гигиенические требования, предъявляемые к естественной освещенности учебных аудиторий, рассчитывает размеры и количество оконных проемов в помещении по отношению к площади пола помещений таким образом, чтобы получилось нормируемое соотношение. Световой коэффициент в изученной аудитории составляет 1:6, что соответствует гигиеническому нормативу (1:4-1:6).

Значительную роль в степени проникновения дневного света в помещение играет загрязнение окон. При оценке естественной освещенности помещения учитывалась степень загрязнения окон, так как грязные окна снижают уровень естественной освещенности на 30-40 %. Средняя степень загрязнения окон в изучаемом помещении составляет $39,1 \pm 7,17$ %, что говорит о значительной загрязненности стекол, которая произошла за зимний период.

Средний уровень искусственной освещенности на рабочих местах студентов ($M \pm \sigma$) также соответствует гигиеническому нормативу, установленному для данного вида зрительных работ, и составляет $382,2 \pm 231,1$ лк. При достаточно высоком среднем уровне искусственной освещенности в аудитории 25 % рабочих мест учащихся освещены более слабо; уровень искусственной освещенности на этих рабочих столах составляет 85-296 лк. Пониженные уровни искусственной освещенности на рабочих поверхностях в утренние часы и в пасмурную погоду могут приводить к напряжению и утомлению зрительного анализатора, прогрессированию миопии. На 25 % рабочих мест студентов измеренные уровни искусственной освещенности превышают гигиенические норматив и составляют 320-803 лк, что является благоприятным для зрительной работы во время уроков.

При гигиенической оценке светового режима учитывалось покрытие стен, пола, столов, так как в помещении со зрительными работами отделка, мебель и полы должны быть светлыми. Учебная аудитория имеет следующие параметры: стены на 1/3 покрыты светло-голубой масляной краской, на 2/3 - белой известью; потолок также окрашен белой известью, оконные переплеты и дверь кабинета покрыты белой масляной краской, что является благоприятным фактором, обеспечивающим отражение световых лучей от стен и потолка и увеличивающим тем самым уровень освещенности на рабочих местах студентов. Ученическая мебель имеет светлое покрытие; пол также окрашен в светло-коричневый цвет; светлая окраска ученической мебели и пола обеспечивают благоприятный световой режим в помещении и это соответствует гигиеническим и медико-профилактическим регламентам.

Когда стены и мебель помещений, где проводятся зрительные работы, покрыты гладкими материалами, легко отражающими световые лучи, то утомление зрения наступает гораздо раньше. Это свойство отделочных материалов и мебельного покрытия отражать солнечные лучи или лучи от других источников света называется блескостью. Раздражение органов

зрения под влиянием бликов на рабочих поверхностях называется слепимостью. Для предупреждения слепимости, которая в скором времени приведет к утомлению органов зрения и понижению остроты зрения, нормируется коэффициент отражения от рабочих поверхностей в образовательных учреждениях, который должен быть не более 0,1-0,5.

Оцененный нами коэффициент отражения от стен класса и от ученической мебели в среднем ($M \pm \sigma$) составляет $0,22 \pm 0,13$, Минимальный показатель (от верхней части стен) составляет 0,1, максимальный показатель – 0,5, что является благоприятным для зрительных работ в кабинете.

Таким образом, нами установлено, что условия для зрительных работ в учебном классе не являются абсолютно комфортными и требуют проведения мероприятий по их улучшению. Нами даны гигиенические рекомендации по обеспечению оконных проемов светозащитными устройствами, по увеличению числа и мощности осветительных приборов в системе общего искусственного освещения; по проведению влажной уборки окон.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М.//Социальные и организационные проблемы педиатрии. Избранные очерки.-М 2003.-С. 18-27.
2. Доклад о санитарно-эпидемиологической обстановке в Красноярском крае в 2006 году/Куркатов С.В., Дмитриева Г.М., Горяев Д.В.-Красноярск. 2007-С.82.
3. Кучма В.Р. Теория и практика гигиены детей и подростков на рубеже тысячелетий.-М., 2001- С. 166-175.
4. Шевченко И.Ю., Климацкая Л.Г.//Условия обучения и заболеваемость детей в школах малых городов Красноярского края.//Гигиена и санитария №5, Красноярск. 2008, с.55-58

УДК 613.954

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И СОСТОЯНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ, ПОСЕЩАЮЩИХ ДОШКОЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

Багун Д. В., Коновалова К. А.

*Уральская государственная медицинская академия
Кафедра пропедевтики детских болезней*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Левчук Л. В.

Физическое развитие – это динамический процесс роста и биологического созревания ребенка в том или ином периоде детства. С 4 до 7 лет ребенок находится на особом этапе развития – в периоде первого ростового сдвига, который можно считать критическим периодом детства. Экзогенные и эндогенные факторы в этот момент оказывают наиболее сильное влияние.

Распространенность заболеваний костно-мышечной системы у детей в Свердловской области составила 59,5 на 1000 детского населения. За последние 5 лет отмечается рост данного класса заболеваний на 13,4%.

Нарушение режима дня, нерациональное питание, перенесенные заболевания, в том числе витамин D дефицитный рахит, железодефицитная анемия, частые респираторные инфекции, глистно-паразитарные заболевания наносят вред растущему организму и отражаются на его физическом развитии. Начало обучения чтению и письму, чрезмерные нагрузки, неправильная поза во время занятий формируют нарушения в опорно-двигательном аппарате [1,4].

Цель работы – оценить физическое развитие и некоторые показатели опорно-двигательного аппарата (осанка, свод стопы, состояние зубов) у детей.

Материалы и методы исследования. Набор клинического материала осуществлялся на базе дошкольных учреждений Железнодорожного района города Екатеринбурга (МДОУ №127, МДОУ №132) путем безвыборочного сплошного метода.

Нами осмотрено 107 детей с 3 лет до 7 лет, средний возраст составил $6,1 \pm 1,6$ года. Из всех детей мальчиков было 51 (48%), девочек – 56 (52%).

Уровень физического развития и его гармоничность определялся с помощью региональных центильных таблиц согласно методическим рекомендациям «Оценка физического развития детей и подростков Свердловской области» УГМА, Екатеринбург, 2008. Оценка уровня физического развития включала определение соответствия роста возрасту и количества постоянных зубов. Морфофункциональный статус оценивался по соотношению массы тела, окружности грудной клетки к росту.

Виды осанки были оценены у детей по классификации Максимовой М.В. (Максимова М.В. и др., 1977).

Оценка свода стопы проведена с помощью плантографии в скрининг-модификации по методике А.В.Сидоровой с оценкой плантограммы по методике В.А.Ярлова-Яраренца с соавторами [2].

Статистическую обработку данных проводили методами математической статистики с использованием пакета Microsoft Excel 2007, Statistica v.6.0 [3].

Результаты исследования и их обсуждение. Нами установлено, что физическое развитие по уровню биологической зрелости соответствовало паспортному возрасту у половины обследуемых дошкольников (44,8%), у 1/3 (32,7%) опережало паспортный возраст и в 22,5% отставало от паспортного возраста. Опережение возраста было связано с показателями роста выше среднего и высоким в 83% случаев, а отставание от паспортного возраста происходило главным образом за счет замедленных темпов прорезывания постоянных зубов (67%).

Выявлено, что менее чем у половины детей морфофункциональный статус был гармоничным (41,1%), у 46,7% - дисгармоничным и в 12,2% - резко дисгармоничным. 38,4% обследованных имели избыток массы тела (30% - I степень; 8,4% - II, III степени). Дефицит массы тела выявлен у 14,9% наблюдаемых детей (см. таблица 1).

Таблица 1

		Мальчики n=51	Девочки n=56	Все дети n=107
Уровень биологической зрелости	Соответствует паспортному возрасту	45%	48,2%	44,8%
	Опережает паспортный возраст	27,5%	35,7%	32,7%
	Отстаёт от паспортного возраста	27,5%	16,1%	22,5%
Морфофункциональный статус	Гармоничный	43%	37,5%	41,1%
	Дисгармоничный	49%	44,5%	46,7%
	Резко дисгармоничный	8%	18%	12,2%

При оценке осанки отмечено, что нормальную осанку имели 1/5 обследованных, более половины (56%) имели сколиотический вид осанки, кифосколиотическая осанка наблюдалась у 16,9%, сутуловатая – у 7,5%.

При помощи плантографии нами выявлено, что нормальный свод стопы выявлен у 68% детей, 20% имели уплощенный свод стопы и 12% - плоскостопие.

При проведении объективного обследования у 2/3 дошкольников обращали на себя внимание признаки перенесенного на первом году жизни рахита: увеличение лобных и теменных бугров, развернутая нижняя апертюра грудной клетки, «реберные четки», Х – образная деформация нижних конечностей, умеренно выраженная мышечная гипотония.

При осмотре полости рта мы обнаружили, что кариес отсутствовал только у половины детей (55,3%), кариес легкой и средней степени тяжести имели 16,4% детей, 28,3%- множественный кариес зубов.

Нами установлена прямая корреляционная связь между избыточной массой тела и проявлением кариеса у детей ($r = 0,7$, $p < 0,001$), что возможно связано с характером и режимом питания, употреблением в пищу высококалорийных продуктов, продуктов быстрого приготовления, сладких газированных напитков.

Установлена прямая связь между нарушением осанки и уплощением свода стопы ($r = 0,57$). У детей с высоким ростом чаще диагностировалась сутуловатая осанка ($p < 0,001$). Уплощенная стопа чаще отмечалась у детей, имеющих избыток массы тела ($p < 0,001$).

Выводы

Таким образом, нарушения физического развития и отклонения со стороны опорно-двигательного аппарата имеются практически у половины детей дошкольного возраста, что требует продуманной организации профилактических и лечебных мероприятий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Величковский Б.Т. Рост и развитие детей и подростков в России [Текст] / Б.Т. Величковский, А.А. Баранов, В.Р. Кучма. // Вестник РАМН. – 2004, №1. с. 43-45.
2. Капитан Т.В. Препевтика детских болезней с уходом за детьми / Т.В. Капитан. – М.: МЕД пресс – информ, 2007. – 704 с.
3. Кельмансон И.А. Клиническая эпидемиология в педиатрии: руководство / И.А. Кельмансон. – СПб.: СОТИС, 2001. – 208 с.
4. Лысенко А.И. Роль социальных и биологических факторов в формировании состояния здоровья детей дошкольного возраста [Текст] / А.И. Лысенко. // Гигиена и санитария. – 2002. - с.46-47.

УДК 616-007 (571.51)(571.51-201)

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ В Г. КРАСНОЯРСКЕ И КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ ЗА 2006 ГОД

Базина А. С., Карнаухов Д. И.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра патологической анатомии им. проф. П. Г. Подзолкова

Научный руководитель: д.м.н., проф. Зыкова Л. Д.

Актуальность проблемы. При оценке экологического состояния территории основными медико-демографическими критериями являются: частота врожденных пороков развития (ВПР) новорожденных, распространенность заболеваний детей по отдельным нозологическим формам и возрастным группам.

В последние годы в России наблюдается рост показателей различных форм врожденных пороков развития и колеблется в пределах 3% случаев. Социальная и медицинская значимость этой проблемы усугубляется накоплением генетического груза в популяции.

Проведение эпидемиологического мониторинга позволит упорядочить учет и достичь большей достоверности частоты врожденных пороков развития, создать предпосылки для формирования регистра, выявить причины, приводящие к развитию врожденного порока, разработать меры профилактики, повысить эффективность лечебных технологий, оптимизировать реабилитацию этих детей

Среди причин, влияющих на развитие врожденного порока, отмечают степень антропогенного загрязнения территорий, экологически вредные профессии родителей, а так же злоупотребление ими вредными привычками.

Успешная реабилитация невозможна без комплексной характеристики здоровья детей с данной патологией. Известно, что на здоровье ребенка действуют социальные и антропогенные факторы, однако, исследований по характеристике здоровья детей с врожденными пороками, проживающих на территориях с разной экологической нагрузкой нет. Не менее важна в общей системе комплексного лечения детей с пороком объективная оценка нервно-психического состояния пациентов. Известно, что позитивный результат реабилитации детей во многом зависит от поведения родителей.

Цель исследования. Изучить распространенность различных врожденных пороков развития на территории Красноярского края и города Красноярска с разной экологической ситуацией.

Задачи исследования.

1. Изучить распространенность врожденных пороков на территории Красноярского края и города Красноярска за 2006 г.; оценить уровни распространенности данной патологии на территориях края, ранжированных по экологическим показателям.

2. Установить наиболее часто встречающиеся ВПР.

3. Установить соотношение различных ВПР.

4. Установить соотношение детей с ВПР в соответствии с районом проживания.

Материалы и методы.

Материалами явились отчеты по рождаемости в г. Красноярске и Красноярском крае за 2006 г., а так же отчеты по ВПР среди живорожденных и мертворожденных за 2006 г.; Препараты музея кафедры патологической анатомии им. профессора П.Г. Подзолкова КрасГМУ

Статистическая обработка материала. Обработка полученных результатов осуществлена на персональном компьютере и проводилась с использованием пакета анализа Microsoft Office Excel 2007.

Фото макропрепаратов музея кафедры патологической анатомии им. профессора П.Г. Подзолкова КрасГМУ осуществлялось цифровой фотокамерой (CANON Digital IXUS 50).

Результаты.

По мониторингу ВПР за 12 месяцев 2006 года (с 01.01.2006 по 31.12.2006 г.) поступили извещения на 1240 случаев ВПР у детей, родившихся на территории Красноярского края в 2006 году:

1. диагноз снят при дообследовании	136
2. малые аномалии развития:	51
Из них:	
- открытое овальное окно	24
- частичная кожная синдактилия на стопах	27
3. не ВПР*	46
4. изолированные врожденные пороки развития	954
5. множественные пороки развития	47
6. хромосомные аномалии	33
7. наследственные синдромы и ассоциации	16
ИТОГО ВПР зарегистрированных в Крае без ЗАТО	1050
Всего ВПР + ЗАТО (закрытые территориальные образования)	1058

* не ВПР – опухоли, гемангиомы, ДХЛЖ, невусы, паховые, пупочные грыжи

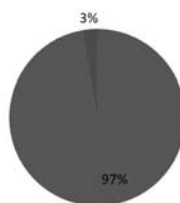
Из 1058 случаев ВПР, родившихся в 2006 г.:

Живорожденные – 1029;

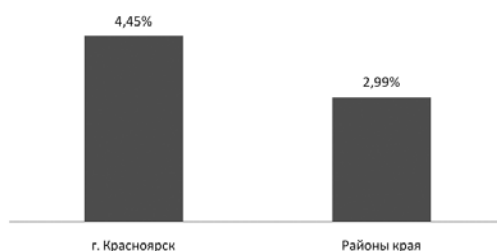
Мёртворожденные – 29.

Дети родившиеся с ВПР в 2006 году

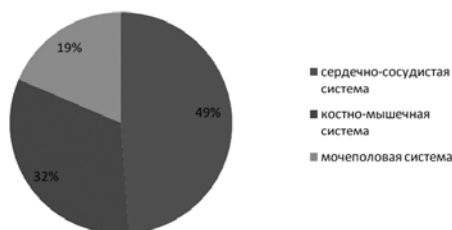
■ Живорожденные ■ Мёртворожденные



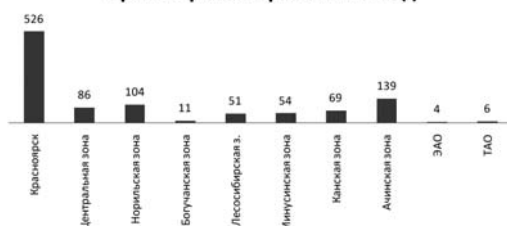
Частота ВПР в Красноярском крае



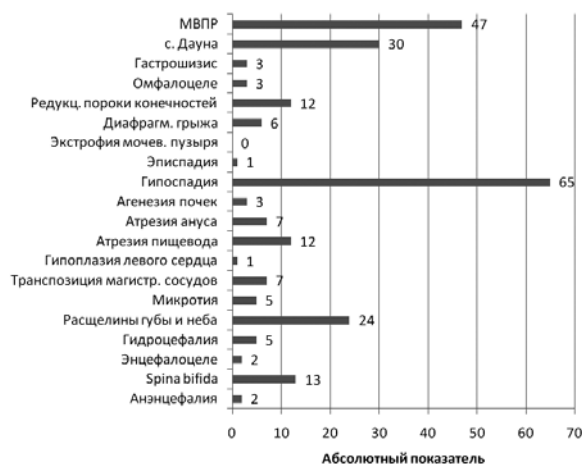
Структура ВПР



Распределение ВПР по территориям Красноярского края за 2006 год



21 нозология, предусмотренная приказом №255-орг от 10.09.98 г., встречающаяся на территории Красноярского края за 2006 год



Выводы:

1. На территории Красноярского края частота встречаемости новорожденных с ВПР составила 3,27%, что превышает средний показатель по России.
2. Наиболее часто встречающимися ВПР по нашим данным является пороки сердечно-сосудистой (1 место), костно-мышечной (2 место), мочеполовой (3 место) систем.
3. Наиболее часто ВПР регистрируются в городе Красноярске, Ачинской и Норильской зонах, что можно было предположить в связи с экологической обстановках на данных территориях и большим числом женского населения.
4. Результаты исследования показали какую серьезную роль играет экологическая обстановка для правильного формирования плода.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лазюк Г.И. Тератология человека – Москва, 1979 г.
2. Барашнев Ю.И., Бахарев В.А., Новиков П.В. Диагностика и лечение врожденных и наследственных заболеваний у детей (путеводитель по клинической генетике) – Москва, «Триада-Х», 2004 г.
3. Харпер П. Медико-генетическое консультирование – Москва, 1984 г.
4. Щепин О.Г. Современное состояние и тенденции заболеваемости населения Российской Федерации – Здравоохранение Рос. Фед. Изд. Медицина, 2001 г., С. 3-10
5. Доманин Е.И., Волосников Д.К., Масленникова Н.В., Богданова Л.В. Частота пороков головного мозга у новорожденных – Рос. Вест. Перинат. и педиат., 2000 г., №2, С.28-31

ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА

Байрамова К. Э., Хамраева Э. Х., Хисматулина З. Г.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра латинского и иностранных языков

Научный руководитель: ст. преп. Суслопарова Р. Е.

Все чаще и чаще мы сталкиваемся с термином «врачебная ошибка». СМИ каждый день информируют нас о случаях причинения медиками вреда здоровью по невнимательности либо халатности. Знакомые рассказывают о ситуациях, в которых медицинские работники не проявили должный профессионализм. И чего ж таить в кругах медиков, так же ходят истории, о работе коллег, огласка которых ставит под сомнение всю систему здравоохранения страны. Данные опроса, проведенного фондом «Общественное мнение» в январе 2007 года свидетельствуют о том, что с врачебными ошибками сталкивается каждый второй россиянин (32% заявили, что такое случилось с ними лично, 19% вспомнили о случаях, произошедших с членами их семьи, 10% и с ними, и с членами семьи). Основная причина ошибок в диагнозе или в выборе лечения кроется в отсутствии у врача профессионализма, опыта и желания повышать квалификацию, считают россияне («вследствие профнепригодности специалистов»; «потому что работают троечники»). 33% респондентов говорили, что врачебные ошибки случаются вследствие безответственности, невнимательности, равнодушия врачей, отсутствия у них интереса к работе («сейчас очень много случайных людей среди медиков, а должны быть люди по призванию»). Некоторые участники опроса утверждали, что причина врачебных ошибок в коррумпированности врачей и коммерциализации медицины.

Целью данной работы является ознакомление с законодательной базой РФ, обнаружение несовершенства законодательства и проведение аналогии с решением этой проблемы в Великобритании. Перед нами, как будущими специалистами в области медицины, лежит задача обеспечения лечебного процесса на должном уровне. Тем не менее мы не исключаем возможности возникновения ситуаций не виновного действия (врачебная ошибка) и не качественного оказания медицинской помощи по вине врача (дефект оказания медицинской помощи). И именно в этих ситуациях врач сталкивается с несовершенством законодательства.

Статьи уголовного кодекса, регулирующие работу медицинских работников.

Ст. 123 УК РФ «Незаконное производство аборта»;

Ст. 124 УК РФ «Не оказание помощи больному»;

Ст. 235 УК РФ «Незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью»;

Ст. 122 УК РФ «Заражение ВИЧ-инфекцией».

Данные статьи регламентируют наказания в виде штрафов, либо обязательных работ (Ст. 49 УК РФ) и исправительных работ (Ст. 50 УК РФ), но они не исполняются в должной мере, со ссылкой на отсутствие прямого упоминания в законе № 1550-1 «О местном самоуправлении в РФ» от 6.07.1991 г. Кроме того Ст. 235 предусматривает наказание только, если это повлекло причинение вреда здоровью человеку по неосторожности. Но «причинение вреда здоровью» гражданско-правовое понятие, в уголовном праве в качестве обязательного криминообразующего признака указывается степень причинения вреда: легкий, средней тяжести или тяжкий вред здоровью. Законодатель, для того чтобы статья работала не на шёл нужным указать, какой именно тяжести вред здоровью имеется в виду. Так же не понятно, почему в Ст. 122 УК РФ акцент сделан только на одном заболевании, и оставлен ряд аналогично тяжелых заболеваний, заражение которыми не подпадает под уголовную ответственность. Помимо специализированных составов, возможен широкий спектр квалификации деяний медиков по общеуголовным преступлениям.

Статьи гражданского кодекса, регулирующие работу медицинских работников.

Ст. 1064-1101 ГК РФ «Право возмещения материального ущерба и морального вреда, нанесенного пациенту во время оказания ему не качественной медицинской помощи»

Ст. 14-17 Закона «О защите прав потребителей»

Ст. 66, 67, 69 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан»

Ст. 151 ГК РФ «Компенсация морального вреда, физических и нравственных страданий»

Ст. 1069 ГК РФ «Ответственность за вред, причиненный государственными органами, органами местного самоуправления, а также должностными лицами».

На основании этих статей можно сделать следующий вывод: вред причиняет врач, а ответственность несет учреждение, в котором он работает. При отсутствии обязательного страхования ответственности частная медицина научилась использовать пробелы права и не несет никакой материальной ответственности. Судебная оценка стоимости врачебной ошибки представляет небольшие суммы, не покрывающие затраты на сбор доказательств, юридическую помощь, потраченное время в процессах, из-за этого многие потерпевшие не доводят дело до суда. Потеря жизни и здоровья пациента не равноценна с размером компенсации.

В докладе Лондонского университетского колледжа, озвученного в декабре 1999 года, сделаны выводы о том, что ежегодно в больницах Великобритании 40 000 человек умирает в результате медицинских ошибок (в России же подобная статистика не ведется).

Для Великобритании характерно то, что государство не вмешивается в какие-либо соглашения, достигнутые между профессией и обществом. Этот принцип не контролируется со стороны администрации, он является самоуправляющимся и широко распространен. В связи с этим, организациями юристов и медиков была создана сильная самоуправляющаяся база (стандарты профессиональной деятельности), в рамках которой, государство создало «Закон об услугах». Впервые было введено страхование профессиональной ответственности для врачей (1963 г.), за которым последовало введение различных видов страхования профессиональной ответственности. Цель страхования профессиональной ответственности заключается в следующем: когда профессионал, который является застрахованным лицом, несет ответственность за ущерб, причиненный в результате своей профессиональной деятельности, страхование используют для оказания помощи застрахованным и покрытия им убытков. Таким образом, страхование профессиональной ответственности выполняет функции защиты.

Мы провели опрос среди студентов КрасГМУ на тему медицинских ошибок, и он показал, что около 80% студентов боятся столкнуться с врачебной ошибкой в своей будущей деятельности. Для уменьшения случаев ошибок в работе, студенты ожидают со стороны государства проведения таких мер как, улучшение условий труда медиков(40,5%), увеличение заработной платы медицинским работникам(21,5%), жесткая стандартизация профессиональной деятельности(16,5%) и т.д. Со своей стороны они заявляют о том, что должны лучше учиться, проявлять внимательность, осторожность и компетентность в своей работе. Более 80% респондентов считают, что на Западе врачи ошибаются не реже, чем в нашей стране. А на вопрос о повсеместном введении в РФ страхования профессиональных ошибок 77,3% ответили положительно. Из всего сказанного можно сделать следующие выводы: студенты осознают свою ответственность за жизни людей, признают за собой дефицит знаний и необходимость их пополнения на протяжении всей профессиональной деятельности.

В западном здравоохранении деятельность врача настолько регламентирована, что строгое выполнение требований инструкций и стандартов освобождает его от ответственности. В нашей стране такой подход пока не возможен. Во-первых, стандарты (протоколы) лечения установлены в отношении незначительного количества заболеваний. Во-вторых, существующие стандарты постоянно подвергаются критике со стороны разных научных школ. В-третьих, не решен вопрос о том, как трактовать действия врача выполненные в полном соответствии со стандартом, однако приведшие к негативным последствиям. В-четвертых, существуют некоторые патологические состояния, для которых разработка стандартных моделей лечения невозможно. Стандартизация лечений не является безупречной и в юридическом смысле. Отклонения от стандартов являются лишь нарушением технологий лечебного процесса, которые имеют различные последствия. В то же время, даже при дословном соблюдении стандарта, вопросы качества медицинской помощи, наличие недостатков в медицинской услуге и ответственности медицинского персонала остаются открытыми...

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аюпов В.И., Маслов Е.Н. Право в медицине.- Москва, 2002.-С.127
2. Большая медицинская энциклопедия. Т.4.- Москва, 1976.-С.442
3. Гринберг М.С. Преступное невежество//Правоведение.- Москва, 1989.-№5.-С.74-79
4. Григорьев И.Ю. Юридическая оценка врачебных ошибок и дефектов медицинской помощи//Проблемы управления здравоохранением.- Москва, 2003.-№2.-С.11-20
5. Гражданский кодекс РФ
6. Доронкина М.В. Врачебные ошибки при диагностики различных заболеваний и пути их устранения на амбулаторном этапе//Российский медицинский журнал.- Москва, 2003.-№6.-С.7-8
7. Попов В.Л. Правовые основы медицинской деятельности.- Санкт-Петербург, 1997.-С.6-7
8. Уголовный кодекс РФ
9. www.opsi.gov.uk

УДК 618.2/.3:613.888-053.6

НЕЖЕЛАТЕЛЬНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ У ЮНЫХ ЖЕНЩИН НА ФОНЕ НЕПРАВИЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ

Байрашева В. К., Дудниченко Ж. Г.

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И. И. Мечникова

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии № 2

Научный руководитель: к.м.н., асс. Дудниченко Т. А.

Актуальность проблемы. В последние годы, несмотря на общую сниженную рождаемость среди женщин репродуктивного возраста, наблюдается устойчивый рост числа беременностей у юных женщин [1,2]. По данным ряда авторов, зачастую беременность в юном возрасте наступает на фоне применения какого-либо контрацептивного метода [1,4,5]. Этому способствуют не только распространённое использование традиционных малоэффективных методов предохранения от зачатия, но и низкий уровень применения высокоэффективных средств в связи с недостаточной информированностью молодёжи [2,3,5]. Всё вышесказанное определило актуальность настоящего исследования.

Цель. Целью настоящего исследования явилось изучение причин неэффективности использования различных методов контрацепции юными женщинами и разработка рекомендаций по улучшению качества информированности данного контингента лиц.

Материалы и методы. Нами обследовано 58 девушек-подростков в возрасте 14-18 лет после искусственного прерывания беременности. Исследование проводилось на базе родильного дома № 10 Санкт-Петербурга, где выполнялся аборт. Средний возраст участниц исследования составил $15,9 \pm 0,5$ лет ($p < 0,05$). Все девушки осмотрены в рамках гинекологических осмотров, проведено анонимное анкетирование. Во время осмотра осуществляли выкопировку данных из амбулаторной карты пациента о перенесённых заболеваниях.

Результаты. Оценка данных соматического анамнеза: оценка состояния здоровья девушек-подростков позволила выявить высокую частоту возникновения бронхита (19-32,8%), заболеваний урогенитального тракта (35-60,3%), хронического пиелонефрита (12-20,7%), ангина и хронического тонзиллита.

Медико-социальные аспекты и образ жизни: по своему социальному статусу большинство юных женщин были учащимися школ, лицеев и ПТУ – 65,5% (38), студентки составили 17,2% (10), домохозяйки – 14,3% (8), рабочая молодёжь – 3,4% (2) всех опрошенных. В зарегистрированном браке на момент обследования находились 2 – 3,4% юных женщин, в гражданском браке живут 6 – 10,2% несовершеннолетних. Материальное положение и жилищные условия опрошенных преимущественно неудовлетворительные. Только 18,9% (11) юных женщин не испытывают материальных затруднений. В исследуемой когорте 68,9% (40) курят, регулярно употребляют алкоголь 5,2% (3) юных женщин. Спокойную обстановку в семье отмечают лишь 29,3% (17) опрошенных.

Гинекологический анамнез: средний возраст первой менструации составил $12,8 \pm 1,34$ лет ($p < 0,05$). Больше половины опрошенных юных женщин (35 – 60,3%) страдают различными формами нарушений менструального цикла (аменорея, ювенильные маточные кровотечения, гиперполименорея, дисменорея). Острый и хронический сальпингоофорит выявлен у 28 (48,3%) юных женщин, по поводу эрозии шейки матки лечились 37,9% (22) респонденток, кольпит выявлен у 15,5% (9), ИППП – у 44 (75,9%) девушек.

Сексуальный и репродуктивный анамнез: средний возраст полового дебюта у клиенток, принимавших участие в исследовании, составил $14,4 \pm 2,4$ года ($p < 0,05$). Среди причин начала половой жизни первое место занимает любовь (19 – 32,8%), второе – физическое влечение (18 – 31,0%), третье – настойчивость партнёра – 25,9% (15), любопытство (11 – 18,9%), увлечение партнёром (10 – 17,2%), несколько причин указали 36,2% (21) юных женщин. Только 13 (22,4%) обследованных имели одного партнёра, 41 (70,7%) – двух и более. 6,9% (4) юных женщин затруднились назвать точное число сексуальных партнёров. Возраст половых партнёров в группе юных женщин: юные мужчины в возрасте до 18 лет составили группу из 18 человек (31,0%); мужчины в возрасте от 18 до 34 лет – 36 чел (62,1%); старше 34 лет – 1 человек (1,7%); возраст уточнить не удалось у 3 человек, что составило 5,2%. По данным проведённого нами опроса, 13,8% (8) девочек-подростков не имеют достоверных знаний об осложнениях аборта. Остальные осведомлены о возможных негативных последствиях прерывания беременности. Мини-аборт был произведён у 13,8% (8) женщин, аборт до 12 нед беременности – у 84,5% (49), аборт на позднем сроке – у 1 пациентки (1,7%) по медицинским показаниям. Среди юных женщин до настоящего аборта было 4 беременности (6,9 %), у одной – повторно (1,7 %). Одна респондентка в анамнезе имела выкидыш, у одной пациентки были роды в 16 лет.

Контрацептивный анамнез: среди исследуемой когорты когда-либо использовали методы контрацепции 98,3% (57) молодых женщин. 8,6% респонденток (5) нерегулярно применяют методы контрацепции. Подавляющее большинство опрошенных когда-либо использовали презерватив – 96,6% (56), комбинированные пероральные контрацептивы – 34,5% (20). «Двойной голландский метод» из них применяют лишь 10,2% (6 чел), и тот нерегулярно. Число женщин, когда-либо применявших прерванный половой акт и естественные методы планирования семьи, составило соответственно 55,2% (32) и 10,2% (6 чел). Незначительное число интервьюируемых использовали такие средства, как ВМС (3,4% - 2) и спермициды (5,2 % - 3). Экстренной контрацепцией когда-либо пользовались 18,9% (11 чел). Из приведённых данных становится понятным, что значительная часть опрошенных применяют низкоэффективные методы предохранения от зачатия. Необходимо отметить, что в более раннем возрасте (14-15 лет) сексуально активные подростки наиболее часто используют презервативы и прерванный половой акт, тогда как женщины более старшего возраста (16-18 лет) отдают предпочтение гормональным контрацептивам.

Нежелательная беременность у подавляющего большинства юных женщин (98,3% - 57) наступила на фоне применения какого-либо контрацептивного метода, а именно: в 27,6% случаев – на фоне применения КОК; у одной пациентки (1,7%) - при использовании трансдермального пластыря; в 17,2% случаев – при использовании экстренной контрацепции; 5,2% забеременевших юных женщин (3) использовали прерванный половой акт; календарный метод применяли 3 пациентки (5,2%); в трёх случаях (5,2%) использовались спермициды; при использовании презерватива беременность наступила в 36,2% случаев (у 21 чел). При более подробном расспросе о технике применения определённого контрацептивного метода, на фоне которого наступила нежелательная беременность, выяснилось, что во всех случаях были допущены существенные ошибки (неоднократный пропуск таблеток при применении КОК; снятие пластыря во время водных процедур; превышение допустимых сроков приёма таблеток, недостаточная доза этинилэстрадиола – при использовании «аварийных» методов; неэффективность календарного метода по причине нерегулярности менструального цикла; при применении спермицидов – несоблюдение сроков введения суппозитория; разрыв и соскальзывание презервативов).

Роль информационно-просветительской деятельности: по нашим данным, 55 тестируемых пациенток (94,8%) хотели бы получать дополнительные сведения об интимной жизни и методах планирования семьи. Информацию по этим проблемам большинство девушек-подростков (37-67,2%) хотели бы получать от врачей. При этом в реальности в получении знаний первое место занимают средства массовой информации (телевидение, реклама, газеты, модные журналы, радио, Интернет) – 43,1% (25 чел), на 2 месте – рекомендации знакомых и полового партнёра – 39,7% (23 чел), далее следует специальная медицинская литература – 22,4% (13 чел), беседы с врачом занимают только 4 место – 17,2 % (10 чел).

Выводы: 1) В группе наблюдаемых нами юных женщин в возрасте 14-18 лет, решивших прервать нежелательную беременность, 77,6% характеризуются «опасным сексуальным поведением»: средний возраст полового дебюта составляет $14,4 \pm 2,4$ года, ($p < 0,05$). Около 70,7% девушек сексуально активного поведения имеют двух и более половых партнёров, а 6,9% затрудняются назвать их точное число. Юные женщины, регулярно использующие различные средства предохранения от нежелательной беременности (91,4%), зачастую отдают предпочтение малоэффективным методам: 55,2% используют прерванный половой акт, естественные методы планирования семьи применяют 10,2% опрошенных, 96,6% когда-либо использовали презерватив. 2) Высокий уровень соматической патологии, выявленный у 41,4%, различные нарушения менструального цикла (60,3%), гинекологическая заболеваемость, обусловленная, в основном, наличием острой или хронической инфекции (частота ИППП до 75,9%), а также низкий социальный статус девочек-подростков (около 81,1 % не удовлетворены своим материальным положением) и невысокий уровень обращаемости за помощью к медицинским работникам (только 17,2 % респонденток воспользовались этим), составляют тот неблагоприятный фон, который требует тщательного индивидуального подхода при подборе методов контрацепции. 3) Наличие того факта, что в 46,5% случаев незапланированная беременность наступила на фоне применения современных высокоэффективных гормональных контрацептивных средств (в 27,6% случаев – на фоне приёма КОК, у 17,2% юных женщин – при использовании экстренной гормональной контрацепции) свидетельствует о низком уровне информированности подростков о технике и правилах их использования. 4) Значительное расхождение между долей желающих получить информацию о современных методах контрацепции от врачей (67,2%) и фактически обращающихся к ним по данной проблеме (17,2%) свидетельствует также о том, что форма и характер предоставления информации в медицинских центрах не соответствует запросам сексуально активной молодёжи, и требует радикального пересмотра методики полового воспитания подростков.

Практические рекомендации. 1) Важно информировать школьных медработников о необходимости включения тем в программы медико-профилактических мероприятий, освещающих риск возникновения беременности и ИППП в юном возрасте. 2) Считаем необходимым получение подростками достоверной информации от людей, специально подготовленных и владеющих психологическими методиками общения с данным контингентом лиц. 3) Полагаем, что неоценимую помощь и координирующую роль в решении вышеперечисленных задач могут оказать центры планирования семьи, общественные организации (такие, как национальная академия ювенологии, союз детских и подростковых гинекологов), консультативно-диагностические центры. 4) Учитывая значительную распространённость среди молодёжи таких средств общения, как мобильная связь и Интернет, считаем необходимым и полезным организовать бесплатные горячие линии и online - консультации специалистов по вопросам контрацепции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гуркин Ю.А., Суслопаров Л.А., Островская Е.А. Основы ювенильного акушерства. – Фолиант. СПб.: - 352с.
2. Зернюк А. Д. Новые аспекты гормональной контрацепции у юных женщин : автореф. дис. на соиск.учен.степ.канд.мед.наук : код спец.14.00. СПб., 2006. – 26с.
3. Коколина В.Ф. Контрацепция у подростков // Российский медицинский журнал. – 2005.- №2. – С.58-62.
4. Кротин П.Н., Кожуховская Т.Ю., Таенкова А.А. Репродуктивное поведение и контрацептивный выбор подростков и молодежи // Русский медицинский журнал. – 2004. – том 12. - №5. – С.341-346.
5. Савельева И.С. Контрацептивный выбор и консультирование молодых женщин, использующих аборт как метод регуляции рождаемости // Акушерство и гинекология. – 2002. - №5. – С.15-19.

УДК 616.36-002-06:616.36:616.366-008.87-07

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ МИКРОФЛОРЫ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ У БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Балханов З. В., Тогошеев А. В., Розова Л. Е, Серова Е. В., Халова Е. И., Шромова И. В.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра микробиологии, общей хирургии

Сибирский федеральный университет

Институт фундаментальной биологии и биотехнологии

**Научные руководители: к.б.н., доц. Перьянова О.В., д.м.н., проф. Винник Ю.С., ст. преп. Рукусуева Т.В.,
к.б.н., доц. Прудникова С.В., к.м.н., доц. Теплякова О.В.**

За последние десятилетия во многих странах мира отмечается значительный рост заболеваний желчевыводящей системы и в первую очередь – желчного пузыря.

В России частота желчнокаменной болезни находится на уровне среднеевропейских показателей, однако установлено, что во второй половине XX века частота выявления камней в желчном пузыре среди населения страны удваивалась каждое десятилетие. В возрасте старше 60 лет практически каждый второй человек испытывает на себе мучительные приступы желчной колики, чаще данной патологией страдают женщины.[1] Хирурги повседневно встречаются с осложненными случаями желчнокаменной болезни, и осложнения эти возникают из-за контаминации гноеродной флорой данного биотопа.

В литературе имеются данные, что желчь и желчные кислоты обладают антибактериальной активностью, наиболее выраженной в отношении анаэробных микроорганизмов (бактероиды, клостридии, лактобациллы) и грамположительной кокковой флоры (пневмококки, стафилококки), наименее выраженной - в отношении грамотрицательной микрофлоры - салмонелл, шигелл, кишечной палочки (Ф. С. Шуляк, 1953; С. А. Калашник, 1973; М. А. Андрейчин, 1976; Флоч и соавт., 1970; Флоч и соавт., 1972; Биндер и соавт., 1975).

Наблюдения в клинике показывают, что у больных с заболеваниями гепатобилиарной системы и кишечника из содержимого двенадцатиперстной кишки, желчного пузыря и тощей кишки часто и в значительном количестве высеиваются кишечная палочка, энтерококки, стафилококки, дрожжеподобные грибы, иногда протеи и псевдомонады. Можно предполагать, что факторами, благоприятствующими заселению этих отделов пищеварительного тракта при указанных заболеваниях, могут быть, как нарушения процессов желчеобразования и желчевыделения, так и устойчивость к желчи поселившихся здесь микроорганизмов.[2]

В комплексе консервативных мероприятий в пред- и послеоперационный периоды важное место занимает грамотная антибактериальная терапия. В настоящее время предложены различные схемы антибактериальной терапии с использованием различных препаратов и их комбинаций.

Нами было обследовано 17 больных, оперированных по поводу желчнокаменной болезни, с различными клиническими формами, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении ГKB №7 г. Красноярск. Средний возраст больных составил 61±1 лет (44-78 лет) из них четверо мужчин и 13 женщин.

Объектами исследования в данной работе являлись патологические материалы, взятые от больных с различными клиническими формами желчнокаменной болезни. К ним относятся желчь (7 проб), биоптаты стенки желчного пузыря (16 проб) и желчные конкременты (2 пробы), забираемые интраоперационно, до начала антибиотикотерапии.

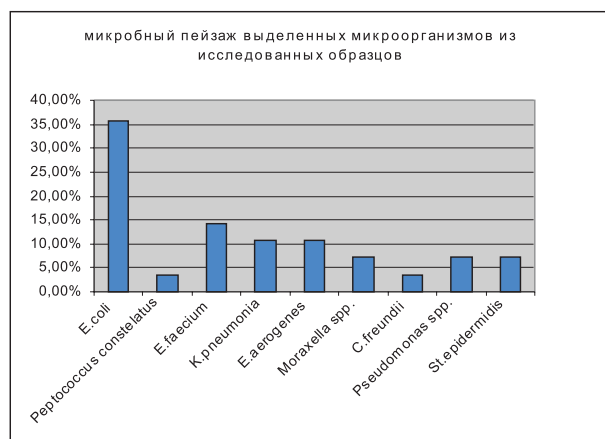
Всего проанализировано 25 проб и выделено 30 культур микроорганизмов, которые в последствие были идентифицированы до вида. Антибиотикограмма производилась диско-диффузионным методом: посевом на агар Мюллера - Хинтона с набором дисков пропитанных антибиотиками, согласно методическим указаниям МУК 4.2.1890 – 04 «Определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам». Для определения чувствительности к антибиотикам анаэробных микроорганизмов использовались тест –системы ATB ANA (BioMerieux, Франция). Для исследования аэробных культур были использованы следующие препараты: ампициллин (AMP), цефазолин (CZ), цефотаксим (CTX), амикацин (AM), цефоперазон (CFP), цефтазидин (CAZ), гентамицин (GM), спарфлоксацин (SPX), цефтриаксон (CRO), ципрофлоксацин (CIP). Для исследования анаэробов, тест-система включала в себя следующие препараты: пенициллин (PEN), амоксициллин (AMO), амоксиклав (AMC), пиперациллин (PIC), кефокситин (CXT), кефотетан (CTT), имипенем (IMI), клиндамицин (CLI), хлорамфеникол (CMP), пиперациллин (TZP).

Полученные результаты:

Бактериологическое исследование показало, что в образцах преобладали представители семейства *Enterobacteriaceae*, а именно 36% из выделенных штаммов составляют *E.coli*, по 10,7% приходилось на *K.pneumonia*, *E.aerogenes* и 3,6% составили *C.freundii*.

На втором месте, по частоте встречаемости, выделялись *E.faeciens* (14%), и были также выделены грамположительные кокки представленные *S.epidermidis* 7,15% и анаэробные *P.constellatus* 3,6%.

Реже встречались другие бактерии: *Moraxella spp.* и *Pseudomonas spp.* по 7,15% соответственно.



Следует сказать, что это представители кишечника человека, роль которых в развитии воспалительных процессов доказана, т.к являются условно-патогенными микроорганизмами и при попадании в несвойственный для них биотоп вызывают патологический процесс, как например в желчевыводящих путях.

Результаты определения чувствительности выделенных культур к антибактериальным препаратам показали, что резистентностью обладали штаммы E.coli к амикацину, гентомицину, спарфлоксацину и ципрофлоксацину. Эти препараты чаще всего используют в клинической практике, в том числе для лечения больных с ЖКБ. Кроме этого при подборе антибиотиков мы руководствовались данными МУК 4.2.1890-04 и рекомендациями клинического фармаколога ККБ №1 Бочановой Е.Н.

Выделенные нами штаммы(50%) синегнойной палочки имели резистентность к цефоперазону. Из литературных данных известно, что для P. aeruginosa характерна приобретенная лекарственная устойчивость.

Сравнительная характеристика антибиотикочувствительности выделенных культур

культуры /антибиотики	AMP	CZ	CTX	IPM	AN	CFP	CAZ	GM	SPX	CRO	CIP
E.coli			100%		91%			91%	82%	100%	82%
E.faecium					100%			100%			100%
K.pneumonia			100%		100%			100%	100%	100%	100%
E.aerogenes	100%		100%		100%			100%	100%	100%	100%
Moraxella spp.					100%	100%	100%				100%
C.freundii			100%		100%			100%	/-/-/**	100%	/-/-/**
Pseudomonas spp.					100%	50%	100%	100%			100%
St.epidermidis					100%			100%			100%

** гетерорезистентность

Интересно, что от одного из исследуемых нами пациентов были получены три культуры микроорганизмов: E.coli(из желчи), C.freundii (из желчи) и C.freundii (из биоптата желчного пузыря). Кишечная палочка была резистентна к амикацину, ципрофлоксацину, спарфлоксацину, а в зонах задержки роста Citrobacter (оба штамма) к этим же препаратам мы обнаружили крупные колонии. При изучении на чистоту культуры и дополнительном исследовании чувствительности к антибиотикам оказалось, что это проявления гетерорезистентности популяции. Это позволяет сделать предположение о том, что палочки эшерихий передали свои гены резистентности к Citrobacter с помощью плазмид, т.к. штаммы тесно контактировали между собой, находясь в одном биотопе. Такой механизм приобретенной устойчивости к АТБ нередко встречается среди бактерий и является примером их генетической изменчивости.

При изучении чувствительности P.constellatus к препаратам, оказалось, что данный микроорганизм чувствителен к пенициллину, амоксицилину, амоксиклаву, пиперацилину, кефоксиминому, кефотетану, имипенему, клиндамицину, хлорамфениколу, но устойчив к метронидазолу (в двух различных концентрациях). Учитывая что метронидазол является препаратом выбора при лечении анаэробной инфекции, эти данные могут быть интересны для клиницистов.

Таким образом, было установлено, что большинство изученных штаммов являются чувствительными к антибактериальным препаратам. Но, учитывая проявленную некоторыми культурами микроорганизмов резистентность к широко используемым в клинической практике антибиотикам, необходимо подчеркнуть важность таких исследований для рациональной антибиотикотерапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Валышев А.В., Гильмутдинов Ф.Г., Третьяков А.А., Фомичева С.В., Бухарин О.В. Роль персистирующей условно патогенной микрофлоры кишечника при дисбиозе в возникновении заболеваний гепатобилиарной системы. // Микробиология. 1997., №4. С. 87-88.
2. Хачатрян Н.Н., Ионов С.А. Клинико-фармакоэкономическое обоснование антибактериальной терапии в комплексном лечении больных острым холециститом // Вестник интенсивной терапии. 2005, №2. С.68-72.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВСПЫШЕК САЛЬМОНЕЛЛЕЗА НА ТЕРРИТОРИИ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

Банникова Е. В.

Красноярский базовый медицинский колледж имени В. М. Крутовского

Научный руководитель: преп. Мякинина Н. П.

Выбор темы клинико-эпидемиологические особенности сальмонеллеза в Красноярском крае не случаен. Последние годы участились случаи вспышечной и групповой заболеваемости среди населения края, при чем каждая третья вспышка – пищевого характера. Сальмонеллез занимает особое место среди острых кишечных инфекций, что обусловлено стабильным ростом заболеваемости.

Результаты исследований свидетельствует о том, что сальмонеллез связан с употреблением в пищу недоброкачественных продуктов, болеют люди разных возрастных категорий, инкубационный период короткий, длится несколько часов, в клинической картине заболевания наблюдались типичные симптомы гастроэнтерита сопровождающегося интоксикационным синдромом.

Цель исследования: Анализ клинико-эпидемиологических особенностей вспышек сальмонеллеза в Красноярском крае за 2006 – 2007 г.г.

Задачи исследования:

Изучить контингент лиц, заболевших сальмонеллезом по возрасту, полу;

Определить варианты клинического течения;

Выяснить факторы передачи сальмонеллеза.

Объект исследования: Пациенты инфекционного отделения, находящиеся на лечении с диагнозом сальмонеллез.

Предмет исследования: Возраст, пол пациентов, характер питания, симптомы заболевания.

Методы исследования:

Выкопировка данных из историй болезни;

Обработка данных из журналов приемного покоя;

Интервью с заведующей инфекционного отделения;

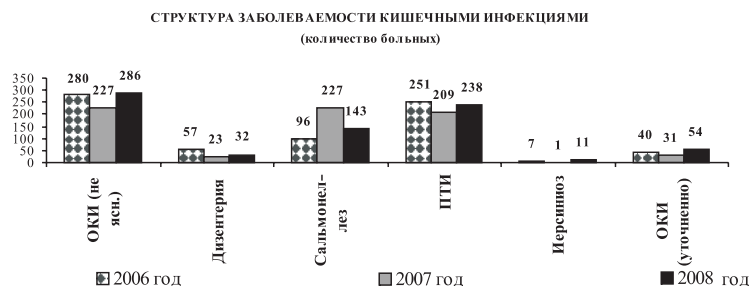
Собственные наблюдения. Гипотеза исследования: Заболевание – сальмонеллез имеет место быть, болеют люди разного пола и возраста, отмечаются вспышки пищевого характера, обусловленные широчайшим спектром клинических вариантов.

Основная часть исследования.

2.1. Исследование проводилось на базе инфекционного отделения ГКБ № 6 им. Н. С. Карповича, в течении трех лет. Всего обследовано 184 пациента.

2.2. I этап исследования. Анализ структуры заболеваемости кишечными инфекциями по данным инфекционного отделения ГКБ № 6 им. Н. С. Карповича 2006 – 2008 г.г.

Диаграмма № 1



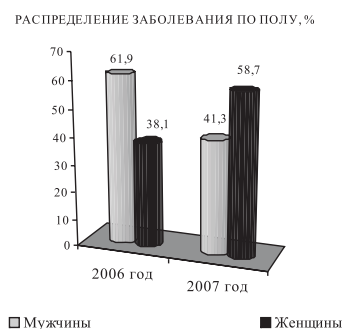
Выводы: В структуре заболеваемости преобладают острые кишечные инфекции не ясной этиологии, на втором месте стоят пищевые токсикоинфекции, сальмонеллез имел тенденцию значительного роста, зарегистрировался в виде вспышек в 2006 – 2007 г.г.

На прежнем уровне остаются ОКИ уточненные. Отмечается снижение острой дизентерии в сравнении с 2006 годом. Дал рост иерсиниоз (в 2007 году – 1 случай, в 2008 году – 11).

2.3. II этап исследования. Анализ групповых вспышек сальмонеллеза 2006 – 2007 г.г. проводился с целью определения пола пациента, основных симптомов заболевания, вариантов клинического течения.

Исследовано: в 2006 году – 42 чел., из которых мужчин – 26 (61,9%), женщин – 16 (38,12%); в 2007 году – 92 чел., из которых мужчин – 38 (41,3%), женщин – 54 (58,7%).

Диаграмма № 2



Вывод: В первой вспышке сальмонеллеза (2006 год) чаще болели мужчины, во второй (2007 год) – женщины.

В клинической картине заболевания наблюдались типичные симптомы, характерные для локализованной формы сальмонеллеза: интоксикация, рвота, диарея, абдоминальный синдром.

Диаграмма № 3



Вывод: В первом случае преобладали симптомы интоксикации, во втором – абдоминальный синдром.

При изучении историй болезни пациентов с сальмонеллезом мы решили уточнить, какие варианты клинического течения преобладают.

Диаграмма № 4



Вывод: В обоих случаях преобладает гастроэнтеритический вариант.

2.4. III этап исследования. Анализ случаев sporadic заболеваемости сальмонеллезом в 2008 году. За прошедший год в инфекционном отделении по поводу сальмонеллеза пролечено 115 чел. Нами проведено обследование 50 пациентов, в возрасте от 17 до 70 лет. Использовали: выкопировку из историй болезни, журналов приемного покоя, собственные наблюдения.

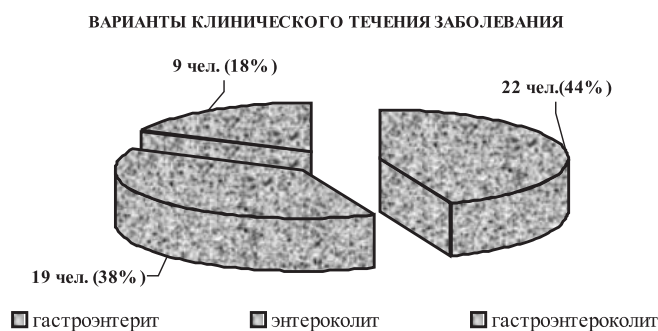
Диаграмма № 5



Вывод: Чаще заболевание сальмонеллезом у людей молодого и зрелого возраста.

В клинической картине преобладали среднетяжелые формы заболевания (около 90%). Среди клинических вариантов течения заболевания отмечались локализованные формы.

Диаграмма № 6



Вывод: Среди клинических вариантов течения заболевания преобладающим был гастроэнтеритический вариант.

В результате проведенного нами исследования пациентов инфекционного отделения с диагнозом сальмонеллез мы пришли к выводам:

1. Групповые вспышки сальмонеллеза носят пищевой характер и являются актуальной проблемой.
2. Чаще болеют люди молодого и зрелого возраста.
3. В большинстве случаев сальмонеллез протекает по гастроэнтеритическому варианту.

4. При пищевом факторе передачи инкубационный период короткий и длится несколько часов, что подтверждается литературными данными [4].

5. В клинической симптоматике преобладают интоксикационный и абдоминальный синдромы. Члены кружка курировали пациентов, заполняли истории болезни, работали в процедурном кабинете, на медицинском посту, выполняли назначения врача, согласно листа назначения. Выпустили санитарный бюллетень по профилактике сальмонеллеза для инфекционного отделения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алыпova И.И., Коренберг Э.И., Воробьева Н.Н. Инфекционные болезни: диагностика, лечение, профилактика. - СПб, 2000.
2. Жебрун А.Б., Лялина Л.В. Проблемы контроля инфекционных заболеваний. - Санкт-Петербург: 2003.
3. Кошечев Е.С., Лепехин А.В., Серебров В.Ю. и др. Инфекционные болезни: диагностика, лечение, профилактика. - СПб., 2000.
4. Мхитарян Д.М., Гюлазян Н.М., Асоян А.В., Пак С.Г. Особенности пищевой вспышки сальмонеллеза в закрытом коллективе // Новые технологии в диагностике и лечении инфекционных болезней. Сборник тезисов VII Российский съезд инфекционистов. - Н.Новгород, 2006.

УДК 53.07, 53.082

ИЗУЧЕНИЕ ЯВЛЕНИЯ ГИПОХОЛЕСТЕРИНЕМИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА НАНОАЛМАЗОВ

Барон Е. А.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра медицинской и биологической физики

Научные руководители: д.б.н., асс. Бондарь В. С., ст. преп. Макарова А. С.

В последнее время вырос интерес современной науки к наноматериалам, пригодным для применения в медицинских целях. К ним относятся наноалмазы, получаемые из графита при детонации сильных взрывчатых веществ. Первичные наноалмазы детонационного синтеза имеют средний размер 4-6 нм и высокоразвитую (до 300-400 м²/г) поверхность с различными активными функциональными группами (гидроксильными, карбоксильными, карбонильными, эфирными и т.д.), фрагментами взрывчатки и микропримесями металлов (Чиганова Г.А., 1994; Долматов В.Ю., 2001). Эти свойства наноалмазов делают их весьма привлекательным материалом для исследователей, работающих в различных областях биологии. Теоретическая модель структуры наноалмаза (Рис.1), предложена в 2004 году доктором О. Шендеровой (International Technology Center, США).

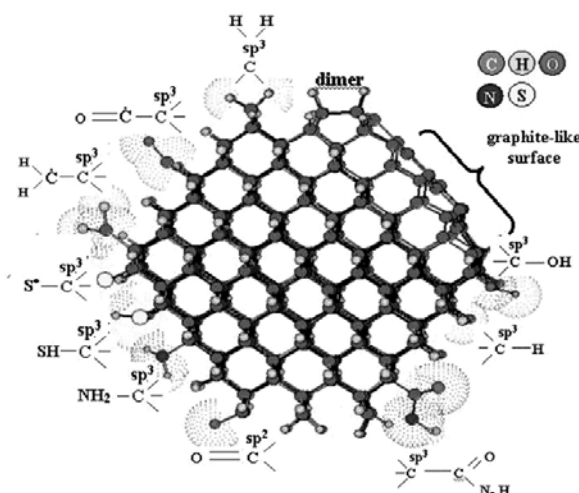


Рис. 1. – Теоретическая модель частицы детонационного наноалмаза, предложенная О. Shenderova (International Technology Center, USA). Цитируется по (Dolmatov V.Yu., Fujimura T., 2005)

Физико-химические свойства и большой химический полиморфизм поверхности определяют высокие сорбционные свойства наночастиц по отношению к биологическим макромолекулам, ионам металлов, различным химическим соединениям. Значительные сорбционные свойства наноалмазов (на 1 мг частиц может адсорбироваться до 0,3 – 0,5 мг белка, Бондарь В.С. и др., 2003) позволяют предполагать, что весьма высока вероятность использования этого нового материала и в медицинских целях. Но изучение наноалмазов было затруднено их низкой устойчивостью в водных системах. Сейчас проблема решена благодаря получению модифицированных наноалмазов (МНА) с высокой коллоидной устойчивостью. Это сделало возможным эксперименты на животных с пероральным введением гидрозолей МНА вместо питьевой воды. В ходе одного из таких экспериментов было показано, что при подобном введении наноалмазов в организм мышей у них наблюдается понижение уровня холестерина в крови (Бондарь В.С. и др., 2006). Возник вопрос: каким образом наночастицы способствуют снижению общего уровня холестерина? Существуют три предположения:

- 1) Наноалмазы, благодаря своим свойствам, указанным выше, обладают способностью к прямому связыванию молекул холестерина.
- 2) Наноалмазы способны связывать молекулы жирных кислот, из которых синтезируется холестерин.
- 3) Снижение концентрации холестерина в крови подопытных животных происходит благодаря включению известного регуляторного механизма с участием наноалмазов.

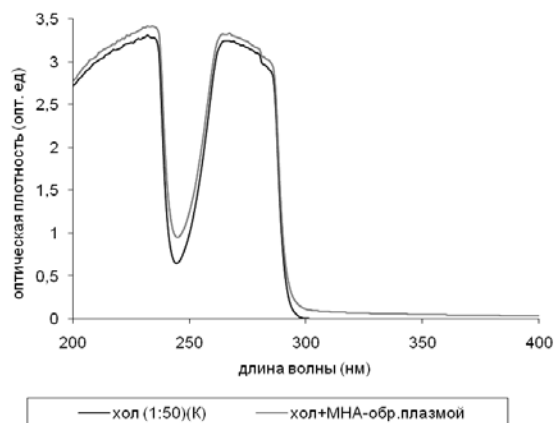
Целью данной работы являлась проверка возможности прямого связывания холестерина частицами модифицированных наноалмазов.

Холестерин.

Холестерин – природный жирный (липофильный) спирт, содержащийся в клеточных мембранах всех животных организмов. Около 80 % холестерина вырабатывается самим организмом (печенью, кишечником, почками, надпочечниками, половыми органами), остальные 20 % поступают с пищей. Холестерин обеспечивает стабильность клеточных мембран, он необходим для синтеза витамина D и различных стероидных гормонов, включая кортизол, кортизон, альдостерон и половые гормоны, а также играет важную роль в деятельности синапсов головного мозга и иммунной системы, включая защиту от рака. Но миллионы людей в мире страдают атеросклерозом и другими сердечно-сосудистыми заболеваниями, вызванными гиперхолестеринемией. Такие его осложнения, как инфаркты и инсульты, являются главной причиной смертности взрослого населения в развитых странах. Способов полного излечения от этого заболевания не существует до сих пор, поэтому ученые всего мира ищут пути решения данной проблемы.

Материалы и методы. В эксперименте использовали модифицированные детонационные наноалмазы, получены по технологии, разработанной в Институте биофизики СО РАН, г. Красноярск (Бондарь В.С., Пузырь А.П., 2003; 2004) и адаптированные для медицинских и биологических исследований. Исходным сырьем для их получения являлись наноалмазы, производимые в НПО «Алтай» (г. Бийск). Принципиальным отличием модифицированных наноалмазов от известных наноалмазов детонационного синтеза является то, что они образуют высоко устойчивые коллоидные растворы при простом добавлении воды без каких либо дополнительных манипуляций (например, без обработки растворов ультразвуком). В работе использовали фракцию наночастиц, имеющих наименьшие размеры и образующих в гидрозолях кластеры со средним размером около 37 нм. В качестве источника холестерина использовали стандартный калибровочный раствор фирмы Вектор-Бест (Новосибирск) с концентрацией 5,17 мМ/Л. Калибратор разводили дистиллированной водой в 50 раз и записывали исходный спектр холестерина с помощью спектрофотометра UVIKON 943 (Италия). Опытная проба кроме холестерина содержала еще 200 мкл 1,5% гидрозоля МНА. Конечный объем всех проб составлял 1 мл. Образцы перемешивали на смесителе (шейкере) Vortex производства США. После этого наночастицы удаляли центрифугированием на центрифуге Eppendorf (Германия) при ускорении 16100g. Для более эффективного осаждения наноалмазов в пробы предварительно добавляли по 5 мкл хлорида кальция в конечной концентрации 5 мМ/Л. Спектральный анализ надосадочной жидкости также проводили с помощью спектрофотометра UVIKON 943. Спектры снимались против дистиллированной воды в диапазоне волн 200 – 700 нм.

Результаты. Исходный спектр холестерина (обозначен голубым цветом) представлял собой кривую с высоким поглощением в интервалах 200 – 240 и 260 – 280 нм и характерным падением оптической плотности раствора в интервале 240 – 260 нм. Спектр опытных проб (розовый цвет) полностью повторял исходную кривую по начертанию, и был очень близок по количественным характеристикам. Это повторение зафиксировано в трех последовательных экспериментах. Сохранение спектральных характеристик раствора холестерина после обработки МНА свидетельствует о том, что в экспериментах *in vitro* существенного связывания холестерина и наноалмазов не происходит. На МНА, обработанные плазмой, так же ничего не абсорбировалось (файл Doc3 - XL – ОБЩИЙ 2). При общем качественном сходстве спектров в контроле и опыте некоторое повышение оптической плотности в опыте, вероятнее всего, связано с адсорбцией компонентов плазмы на поверхности наночастиц. Коррекция (нормировка) оптической плотности опытной кривой по отношению к контролю (дополнительный лист файла Doc3 - XL – ОБЩИЙ 2) приводит практически к полному совпадению спектров. Вероятно, в использованной плазме нет «якоря» (или его крайне мало), через который можно было бы связать холестерин на поверхности частиц.



Выводы: Гипохолестеринемический эффект наноалмазов в экспериментах *in vivo* может быть обусловлен не прямой адсорбцией, а иным механизмом. Этот эффект проявляется либо вследствие связывания наночастицами жирных кислот, либо в результате регуляторных воздействий наноалмазов.

ХАРАКТЕРИСТИКА СОСУДИСТОГО КОМПОНЕНТА ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭНДОМЕТРИТЕ У ЖЕНЩИН С ПЕРВИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Бахарева Н. И., Логачева Н. С.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра патологической анатомии им. проф. П. Г. Подзолкова

КГБУЗ «Красноярское краевое патологоанатомическое бюро»

Дорожная больница станции Красноярск, патологоанатомическое отделение

Научные руководители: д.м.н., доц. Кириченко А. К., асс. Хоржевский В. А.

Актуальность темы. Бесплодие - серьезная проблема репродуктологии, при которой имеется сочетание социально-го, психического неблагополучия и практически всегда физического нездоровья в семье (ВОЗ, 1979).

Бесплодие или снижение плодovitости (фертильности) не представляет собой самостоятельного заболевания, а является симптомом ряда общих заболеваний и заболеваний половых органов. Одним из таких заболеваний является хронический эндометрит. К сожалению, «эндометрит» в практике акушера-гинеколога не редкость. Женщины, страдающие им часто не обращаются за помощью своевременно, в то время как болезнь прогрессирует, приводя к бесплодию.

В связи с этим возникла необходимость в углубленном анализе структурных особенностей эндометрия с применением не только традиционных морфологических, но и более современных иммуногистохимических методов.

Цель исследования. Изучение сосудистого компонента эндометрия при хроническом эндометрите у женщин с первичным бесплодием.

Задачи исследования:

1. Оценить сосудистую систему эндометрия при хроническом эндометрите.
2. Провести корреляционный анализ полученных результатов.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие две группы женщин: группа контроля и группа больных хроническим эндометритом. В каждую группу вошло 30 человек.

Методом исследования является иммуногистохимическое окрашивание с применением анти-CD31 антитела (клон JC70A; тип MoAb ; изотип IgG1, карра; разведение 1:30; pH 6,0), которые обладают специфичностью к эндотелию сосудов, мегакариоцитам, плазматическим клеткам костного мозга, Т- и В-лимфоцитам зоны мантии. В данной работе мы оценивали удельный объем, занимаемый CD31-позитивными эндотелиоцитами с применением окулярной сетки Г.Г. Автандилова.

Полученные данные обрабатывались методом вариационной статистики с помощью программы Statistica 6.0 StatSoft.

Достоверность различий определялась по U-критерию Манн-Уитни для непараметрических величин. Уровень различий при $P < 0,05$ рассматривался как статистически значимый.

Микроскопическое исследование и фотографирование проводилось с применением светового микроскопа Leica Microsystems DMLB (Germany) (объективы 20, 40, окуляры 10) с цифровой фотокамерой Leica Microsystems AG/DC 300 v.2.0 (Germany).

Результаты исследования. В эндометрии данных женщин, с различной частотой встречались морфологические изменения, описанные в работах ряда авторов (О. К. Хмельницкий, 1994; Н. И. Кондриков, 2008), позволяющие диагностировать хронический эндометрит. Важно, что структурные изменения встречались со стороны практически всех составляющих элементов эндометрия, включая железы, строму, иммуноциты и сосуды.

Сосудистый компонент был скуден и представлен сосудами капиллярного типа, формирующими анастомозирующую сеть, с формированием на отдельных участках клубков артерий со склеротически измененными стенками, с суженным просветом. Часто обнаруживались обширные кровоизлияния с геморрагическим пропитыванием стромы.

В фазу пролиферации в эндометрии женщин преобладали тонкостенные сосуды капиллярного типа, визуализация которых в цитогенной строме при использовании рутинных гистологических окрасок весьма затруднительна.

Иммуногистохимическое окрашивание с применением анти-CD31 антитела позволило выявить развитую сосудистую сеть эндометрия. Эндотелиоциты имели четкие контуры мембранного окрашивания, хорошо выделяли сосуды из других составляющих стромы эндометрия. Большая часть сосудов имела тонкие стенки, эндотелий формировал тонкий слой клеток. В препаратах хорошо просматривались контуры поперечных сечений сосудов, образующих на отдельных участках анастомозирующие между собой ответвления.

В группе контроля распределение сосудистого компонента носило равномерно диффузный характер: без формирования явных клубков, зон уплотнения или разрежения.

В эндометрии женщин с хроническим эндометритом сосуды имели непостоянную форму и размеры поперечного сечения. Часть из них имела склеротически измененную утолщенную стенку с формированием клубков артерий, хорошо выявляемых при селективном иммуногистохимическом окрашивании.

В целом, при обзорном исследовании складывалась картина сравнительно неравномерной васкуляризации эндометрия, что подчеркивало наличие зон с малым количеством сосудов. Последние в таких участках имели минимальный диаметр и на поперечном сечении представляли собой капилляры с небольшим диаметром просвета ($6,12 \pm 0,3$ мкм). Отдельные сосуды имели почти щелевидные просветы и были сформированы в виде трубочек из 3-4 эндотелиоцитов (рисунок 1).

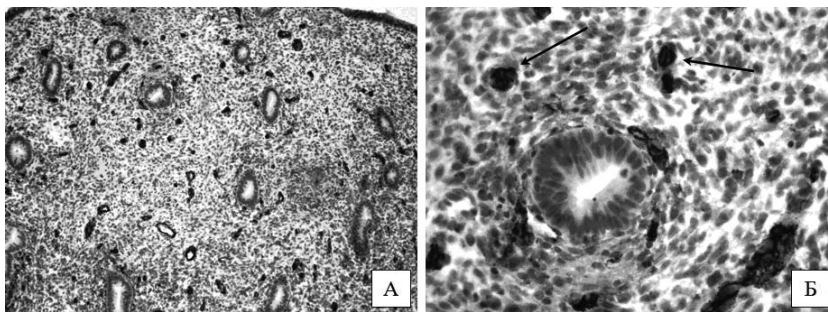


Рис. 1. – Сосуды эндометрия при хроническом эндометрите. А – распределение сосудов микроциркуляторного русла в эндометрии $\times 100$, Б – тонкостенные капилляры с узкими просветами ($\uparrow$) $\times 400$. ИГХ – окрашивание CD 31

Формирование ответвлений и сосудистых анастомозов при хроническом эндометрите было нечастым явлением в сравнении с группой контроля. Вокруг отдельных сосудов, часто со склерозированной утолщенной стенкой, определялись лимфоидные скопления.

Проведенный анализ результатов иммуногистохимического окрашивания с применением анти-CD31-антител, позволил получить следующие результаты в различных исследуемых группах.

Средний удельный объем, приходящийся на эндотелий сосудов в группе контроля, составил $16,0 \pm 1,5$ %. Тогда, как в группе женщин с хроническим эндометритом, удельный объем эндотелия составил $10,1 \pm 1,03$ %, что имело статистически значимый характер различий ($P < 0,05$) (Рисунок 2).

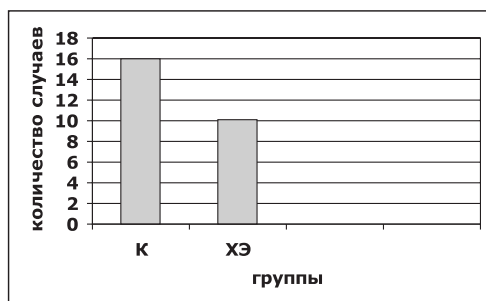


Рис. 2. – Показатели удельного объема CD31 положительных клеток эндометрия в группе контроля (К) и при хроническом эндометрите (ХЭ)

Вывод: Под влиянием хронического эндометрита формируются выраженные изменения со стороны сосудистого компонента эндометрия. Они проявляются в виде снижения васкуляризации слизистой оболочки матки, морфологическим выражением чего стало снижение такого показателя как удельный объем CD31-позитивных эндотелиоцитов эндометрия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гланц, С. Медико-биологическая статистика. Пер. с англ. / С. Гланц. – М.: Практика, 1999. – 459с.
2. Кондриков, Н. И. Патология матки / Н. И. Кондриков // М.: Практическая медицина, 2008. – 344 с.
3. Корнеева, И. Е. Значение эндоскопических методов обследования при бесплодном браке / И. Е. Корнеева // Журнал акушерства и женских болезней. – 2001. – Вып. 3. – С. 52-56.
4. Хмельницкий, О. К. Патоморфологическая диагностика гинекологических заболеваний, СПб. СОТИС, 1994. – С. 317-325.
5. Acosta, A. A. Endometrial dating and determination of the window of implantation in healthy fertile women / A. A. Acosta, L. Elberger, M. Borghi et al. // Fertil. Steril. – 2000. – Vol. 73. – P. 788-798.
6. Bayer-Garner, I. B. Plasma cells in chronic endometritis are easily identified when stained with syndecan-1 / I. B. Bayer-Garner, S. Korourian // Mod. Pathol. – 2001. – Vol. 14. – P. 877-879.
7. Beagley, K. W. Characterization of murine uterine lymphoid aggregates / K. W. Beagley // Mucos. Immunol. Update. – 2002. – Vol. 10. – P. 3888.
8. Cicinelli, E. Chronic endometritis: correlation among hysteroscopic, histologic, and bacteriologic findings in a prospective trial / E. Cicinelli, D. De Ziegler, R. Nicoletti et al. // Fertil. Steril. – 2008. – Vol. 89. – P. 677-684.
9. Cohen, T. Interleukin 6 induces the expression of vascular endothelial growth factor / T. Cohen, D. Nahari, L. Cerem et al. // J. Biol. Chem. – 1996. – Vol. 271. – P. 736-741.
10. Hickey, M. The structure of endometrial microvessels / M. Hickey, I. S. Fraser // Hum. Reprod. – 2000. – Vol. 15. – Suppl. 3. – P. 57-66.

УДК618.2:616.89-008.441.13:84:616-053.31

ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛИЗМА И ТАБАКОКУРЕНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ИСХОД РОДОВ

Бахвалова Н. А., Виноградова Н. М., Джафарова Э. С.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра патологической анатомии им. проф. П. Г. Подзолкова

Научный руководитель: д.м.н., проф. Зыкова Л. Д.

Актуальность темы. Алкогольные напитки, принимаемой беременной женщиной, вредят здоровью будущего ребенка. Казалось бы, прописная истина. Но именно прописным истинам мы следуем неохотнее всего. Шведские ученые провели вначале опрос, потом обследование 103 беременных женщин, чтобы выяснить, употребляют ли они алкоголь, находясь в «интересном положении». Результаты их поразили. Оказывается, беременные женщины- вовсе не «ангелы

во плоти», какими их представляет общественное мнение. И между вязанием пинеток и приготовлением кальцинированного творога они не прочь пропустить рюмашку - другую. На вопрос, принимают ли они алкогольные напитки, ответили положительно 9 % опрошенных.

Однако ученые, исследовав мочу и волосы участниц эксперимента, выяснили что у 25% уровень метаболизма соответствует оценке «высокое подозрение на злоупотребление алкоголем». Следует заметить, что в волосах маркеры алкоголя могут сохраняться на протяжении нескольких месяцев. Поэтому при указанной методике можно определить, является ли прием алкоголя разовым или же человек подтвержден частым приёмом.

Поэтому несомненно проблема алкоголизма табакокурения среди женщин продолжает оставаться актуальной. В настоящее время четко прослеживается тенденция к увеличению числа курящих и употребляющих алкоголь женщин. В России (по данным А.А. Оразмурадова, д.м.н. вед. н.с., Национальный научный центр наркологии, Москва) курят и употребляют алкоголь менее трети женщин репродуктивного возраста. За период с 1991 по 1997 гг. среди беременных число курящих возросло до 52-55%, причем на протяжении всей беременности курят 20-25% [3]. В Красноярском крае в 2000 году средний возраст начинающих курить подростков составляет 14,9 +/-0,2 года [4]. Примерно 14-20% беременных женщин в той или иной мере употребляют алкоголь. Много пьют приблизительно 0,2-1%. Средний возраст подростков, начинающих употреблять алкоголь, составляет 15,3 +/-0,3 года.

Синдром внезапной смерти внешне здорового ребенка, занимающий в структуре младенческой смертности одно из первых мест, также связывают с курением женщины во время беременности. Это объясняется несовершенством развития нервной системы новорожденного в сочетании с пассивным курением [3]. Снижение массы, роста, изменение развития коронарных артерий у новорожденных, увеличение частоты самопроизвольных аборт, мертворождений – вот далеко не полный перечень воздействия курения на систему мать – плод (Шахирзянов Г.З., 2000). Окись углерода табачного дыма индуцирует вазоконстрикцию, эндотелиальное повреждение, ингибирование синтеза простагландинов в сосудах плаценты, приводит ее к преждевременному старению и вместе с гипервязкостью крови снижает кровоток в umbilicalных артериях. Повышенная частота инфаркта и отслойки плаценты – один из ярких частных примеров системной сосудистой токсичности табака (Brasero L.A. et al., 1993). Функциональное состояние, зрелость и степень кальцификации плаценты находятся в прямой зависимости от количества употребляемых сигарет.

Дефицит массы тела является очень чувствительным неонатальным показателем токсичности эталона, потому что регистрируется даже тогда, когда других проявлений внутриутробного действия алкоголя не наблюдается. Снижение массы тела новорожденных, родившихся от матерей, больных хроническим алкоголизмом, отмечается и в тех случаях, когда те воздерживались от употребления спиртных напитков во время беременности [6]. Алкоголь легко проникает через плацентарный барьер, и его концентрация в крови плода достигает 80 – 100% от содержания его в крови матери. Это обстоятельство представляет значительную угрозу для плода в связи с незрелостью почек и других органов выделительной системы, но, главным образом, из-за несовершенства ферментных систем, окисляющих алкоголь [2]. Нарушение кровообращения в плаценте приводит к анатомическим и дистрофическим в ней. Установлено, что в условиях хронической алкогольной интоксикации происходит снижение массы плаценты и плодово-плацентарного кровотока, наблюдается неравномерное кровенаполнения котиледонов, возникают инфаркты и межворсинчатые тромбы. При гистологическом исследовании плаценты выявлены ангиоматозные и бессосудистые ворсины, дистрофические и некротические изменения хориального эпителия. В децидуальной оболочке отмечается вакуолизация и лимфоцитарная инфильтрация, снижается концентрация гликогена и мукополисахаридов в базальной зоне [4]. Исследования Л.В. Аккер [1] показали, что этиловый спирт ведет к редукции плацентарного кровообращения, при этом в 20,1% случаев формируется ЗРП.

В зависимости от отдельного влияния алкоголя или курения, или эффектов их совместного их употребления течения беременности и родов, а также перинатальный исход различны. Целью настоящего исследования являлось определение действия алкоголя и табакокурения, а также совместного их влияния на течение беременности и исход родов для разработки диагностических и профилактических мероприятий.

Объекты и методы исследования. Для достижения поставленной цели было проведено анкетирование 50 курящих и употребляющих алкоголь родительниц и анализ их историй родов. В зависимости от влияния отдельного фактора (употребление алкоголя, табакокурения) или совместного действия этих факторов были сформированы следующие группы:

I – 20% (10 пациенток), курящие по 15 – 20 сигарет в день;

II – 40% (20 пациенток), систематически употребляющие алкоголь;

III – 40% (20 пациенток), систематически употребляющие алкоголь и курящие по 10 – 15 сигарет в день.

Исследования проводились на базе родильного дома Саянского района села Агинское, который обслуживает следующие селения: Гладково, Кан, Шамы, Тугач, Нагорное, Тинская, Чарга, Благодатка, Абалаково, Большой Арбай, средняя Агинка, Малиновка, Петропавловка, Павловка, Балдара, Орье, Унер, Папиково. Возраст анкетированных женщин колеблется от 16 – 35 лет, из них употребляют алкоголь 80%, курят 60%. Средняя частота употребления алкоголя – раз в неделю, Среднее количество выкуриваемых сигарет – 20 в день. Возраст начала курения составил 15,5 года, начала употребления алкоголя – 14,5 года. На протяжении всей беременности продолжало курить 70% курящих женщин. Практически все женщины прекратили прием алкоголя во время беременности, из них 58% в I триместре, 31% во II триместре, 11% - в III триместре. Следует отметить, что одна женщина поступила в родовую в алкогольном опьянении. Сравнивалась частота возникновения осложнений течения беременности и исходов родов в трех сформированных нами группах.

Результаты исследования. При сравнении частоты осложнений в группе исследуемых с их средней частотой в популяции получены данные, указывающие на то, что употребление алкоголя курение на протяжении всей беременности, а также на ранних сроках беременности увеличивают частоту возникновения ранних токсикозов в 3,5 и в 1,9 раза соответственно; гестоза – в 1,8 раза. При этом возрастает число тяжелых форм угрозы прерывания беременности в первом триместре в 2 раза, во втором триместре в 2,5 раза, в третьем – в 2,5 раза. Масса тела детей, рожденных от курящих матерей, была на 300-400 г меньше таковой у рожденных от некурящих.

Полученные данные в трех группах, при сравнении частоты возникновения осложнений беременности, течения родов и перинатальных исходов представлены в таблице.

Частота осложнений беременности, течение родов и перинатальные исходы

Осложнения беременности и исходов родов	Частота осложнений, % от n		
	I группа, n=10 человек	II группа, n=20 человек	III группа, n=20 человек
Анемия беременных	30	30	40
Водянка беременных	60	40	50
Гипотрофия плода	10	0	17
Дородовое излитие вод	20	15	40
Кесарево сечение	10	10	11
Маловодие	10	15	10
Многоводие	50	15	20
Нефропатия	10	15	40
Преждевременные воды	10	10	11
Раннее излитие вод	50	30	50
Ранний токсикоз	50	50	30
Роды крупным плодом	10	10	11
Слабость родовой деятельности	50	30	40
Угроза	50	45	70
Хр. гипоксия плода (мекониальные воды)	30	25	50

По таблице мы видим, что анемия беременных встречалась в 1,5 раза чаще III группе. Можно предположить, что совместное действие алкоголя и табакокурения способствуют возникновению данного осложнения. Многоводие встречалось в 2,5 раза чаще в I группе по сравнению с III и почти в 3 раза – по сравнению со II группой, что, вероятно, связано с большим влиянием табакокурения, так как в I группе было больше всего выкуриваемых сигарет в день. Нефропатия выявлялась чаще в III группе, что указывает на большую роль алкоголя в развитии данного осложнения. Слабость родовой деятельности была чаще в I группе; данное осложнение также зависит от интенсивности курения. Такие осложнения, как хроническая гипоксия, угроза, раннее излитие вод, встречались почти с одинаковой частотой в трех группах, и, возможно, эти осложнения в равной мере отражают влияние алкоголя и табакокурения. Гипотрофия плода встречалась с равной частотой в I и II группах и не встречалась во II, что указывает на непосредственный вклад табакокурения на рождение маловесных детей. Не было выявлено значительных различий между частотой возникновения осложнений у женщин, которые бросили курить, и у женщин, которые продолжали курить на протяжении всей беременности. Нельзя исключить, что во II группе осложнений беременности было меньше вследствие меньшей интенсивности приема алкоголя и прекращения его употребления во время беременности (58% женщин в I триместре, 31% во II триместре, 11% в III триместре).

Средняя масса тела новорожденных детей в III группе составила 3010 г, это меньше, чем в I группе, - 3100 г. Наибольшая масса тела детей наблюдалась во II группе – 3330 г. Оценка по шкале Апгар была самой низкой в I группе и составила 7–8 баллов, во II и III группах – 7,6–8,6 и 7,1–8,1 балла соответственно. Таким образом, снижение массы тела новорожденных, низкая оценка новорожденных по шкале Апгар, особенно в трех группах, в которых пациентки курили, подтверждает более значимое влияние табакокурения на плод.

Выводы: таким образом, данные нашего исследования показали, что в результате табакокурения частота осложнений беременности и родов выше, а перинатальный исход хуже, чем частота осложнений и перинатальный исход у женщин, употребляющих только алкоголь. Возможно, это связано с большей интенсивностью курения, чем употребления алкоголя женщинами. Однако частота осложнений беременности и родов значительно возрастает у одновременно курящих и употребляющих алкоголь женщин. Отрицательное влияние алкоголя и табакокурения отягощает течение беременности, родов и ухудшает перинатальные исходы. В связи с вышеизложенным при ведении беременности у пациенток, в анамнезе которых имеются сведения о наличии табакокурения и/или употребления алкоголя, следует пересмотреть оценку перинатальных факторов риска и выбрать дифференцированный подход к терапии с учетом интенсивности курения и приема алкоголя.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аккер Л.В. Течение беременности и исход родов у женщин, страдающих алкоголизмом // Вестн. Рос. Ассоц. Акушеров-гинекологов. – 2000. – №3. – С. 95-98.
2. Кирюшенков А.П. Алкоголизм и потомство // Врач. – 1995. – №8. – С.5-6.
3. Литвинова С.В. Некоторые эпидемиологические аспекты курения женщин во время беременности: Проблемы городского здравоохранения: Сборник. – СПб., 2000. – №5. – С. 103-104.
4. Радзинский В.Е., Смально П.Я. Биохимия плацентарной недостаточности. – М.: РУНД, 2001. – 275с.
5. Радзинский В.Е., Оразмурадов А.А. и др. Ранние сроки беременности. – М.: Медицинское информационное агенство, 2005. – 448с.
6. Трофимов С.С. Моделирование нарушений функции ЦНС внутриутробной и ранней постнатальной алкоголизацией в экспериментах на животных // Новости науки и техники. Сер. Мед. Вып. Алкогольная болезнь / ВИНТИ. – 1999. – №3. – С. 1 – 17.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ СКРИНИНГ-АНКЕТИРОВАНИЕ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ЮНОШЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Бахронова И. О., Бахронова Г. Р.

*Бухарский государственный медицинский институт им. Авиценны
Кафедра протекции внутренних болезней и высшего медсестринского дела*

Научный руководитель: д.м.н., проф. Орзиев З. М.

Встречаемость бронхиальной астмы (БА) от 1 до 10% всего населения планеты возводит бронхиальную астму в ранг актуальной медико-социальной проблемы. Причины роста заболеваемости многообразны и в определенной степени связаны с увеличением количества аллергенов или триггеров во внешней среды [1]. Показатели официальной статистики значительно ниже, что связано с гиподиагностикой этого состояния [3]. В большинстве случаев диагноз БА устанавливается с опозданием на 2-6 лет. Это явление особенно характерно для диагностики БА у молодых людей [2].

Целью данного исследования явилось изучение распространенности и выявление факторов риска возможного формирования БА у юношей и подростков среди населения Бухарской области.

Материалы и методы исследования. Обследование проводилось среди учащихся Бухарского медицинского колледжа с использованием унифицированной анкеты (Burney P.G. 1995 г.), рекомендованной ВОЗ для проведения эпидемиологического скрининга БА.

Всего обследовано 830 подростков и юношей, из них лиц мужского пола - 61 (7,1%), женского - 769 (92,6%). Из них лица подросткового возраста составляет 237 (28,5%). Подростки-девочки 210 (88,6%), подростки-мальчики 27 (11,4%). Лица юношеского возраста 593 (71,5%): юноши женского пола 559 (94,3%), юноши мужского пола 34 (5,7%). Обследование молодых людей включало опрос по унифицированной анкете; измерение пиковой скорости выдоха (ПСВ) с помощью пикфлоуметра (Эрих Егер, Германия); спирометрии (Medicor, Венгрия). Исследование проводилось среди учащихся медицинского колледжа, где в основном занимаются лица женского пола.

Результаты и обсуждения. Анализируя ответы на вопросы анкеты, мы установили, что у 79 (33,3%) обследованных подросткового и у 189 (31,8%) юношеского возраста имело место положительные ответы на основные вопросы опросника. У 301 лиц (36,2%) имеются аллергическое состояние и респираторная симптоматика в виде чиханье, насморка, кашля, выделения мокроты. При анализе аллергических реакций наблюдались чаще пищевая аллергия, инсектная аллергия в виде крапивницы, отека Квинке, приступообразное чиханье, слезотечение и насморк. У 68 (8,1%) обследованных имели место аллергия и наследственная отягощенность, чаще страдали лица подросткового возраста. У 16 лиц (1,9%) определенная астма, больше среди подростков (таблица 1).

Таблица 1

Распределение обследованных лиц с аллергическими реакциями по возрасту

Признаки	Подростки n=122	Юноши n=179	Всего
Аллергические реакции	$\frac{32}{26,1}$	$\frac{53}{29,6}$	$\frac{85}{10,2}$
Аллергические реакции + наследственная отягощенность	$\frac{27}{22,1}$	$\frac{41}{22,9}$	$\frac{68}{8,1}$
Респираторная симптоматика	$\frac{17}{13,9}$	$\frac{27}{15,1}$	$\frac{44}{5,2}$
Аллергические реакции + респираторная симптоматика	$\frac{46}{37,7}$	$\frac{58}{32,3}$	$\frac{104}{12,5}$
Итого:	$\frac{122}{14,6}$	$\frac{179}{21,5}$	$\frac{301}{36,2}$

В ходе обследования нам было интересно проводить анализ выявляемости аллергических реакций в возрастном спектре, сведения характерных последнего указано в таблице 2.

Таблица 2

Частота распространения аллергических реакций у подростков и юношей в возрастном аспекте

Признаки	Подростки (лет)			Всего	Юноши (лет)					Всего
	14	15	16		17	18	19	20	21	
Аллергические реакции	12	9	11	$\frac{32}{26,1}$	11	9	13	11	9	$\frac{53}{29,6}$
Аллергические реакции + наследственная отягощенность	14	8	5	$\frac{27}{22,1}$	13	11	7	5	5	$\frac{41}{22,9}$
Респираторная симптоматика	9	5	3	$\frac{17}{13,9}$	7	6	5	5	4	$\frac{27}{15,1}$
Аллергические реакции + респираторная симптоматика	23	12	11	$\frac{46}{37,7}$	13	11	13	11	10	$\frac{58}{32,3}$
Итого:	58	34	30	$\frac{122}{14,6}$	44	37	38	32	28	$\frac{179}{21,5}$

Следует указать, что сочетание аллергических реакций с респираторной симптоматикой чаще наблюдались у лиц подросткового возраста, реже наблюдалась изолированная респираторная симптоматика. При анализе показателей ПСВ было установлено, что у 179 (21,5%) лиц отмечается снижение, у 651 (79,5%) лиц нормальные показатели пикфлоуметрии, также у 158 (19%) лиц снижение показатели спирометрии и у 672 (81%) нормальные показатели, которые чаще наблюдается среди популяции подросткового возраста. Анализ факторов риска по возможному формированию БА дал следующие результаты: у подростков отмечались частые катары верхних дыхательных путей, аллергический фон, наследственная отягощенность, а у юношей аллергический фон, переохлаждение, наследственная отягощенность.

Анализируя первичные материалы скрининг опросника можно сделать следующие предварительные выводы:

1. Целесообразным является проведение эпидемиологического скрининга - анкетирования для выявления распространенности БА.
2. Среди опрошенных чаще наблюдались какие-либо аллергические состояния и респираторная симптоматика особенно среди популяции подросткового возраста.
3. Для ранней диагностики БА, необходимо изучить состояния реактивности бронхов при помощи провокационных тестов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Чучалин А.Г. (ред.) «Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы». М. Атмосфера. 2002 г.
2. Убайдуллаев А.М. «Болезни органов дыхания». Ташкент 2004 г.
3. Тухтибаев О.Б. «Проблемы диагностики аллергического ринита»// Мед. журн. Астаны.-2000 №3.- С.11-15.
4. Убайдуллаева К.М. Автореферат. дис. на соискание учёной степени к.м.н. Ташкент 2001 г. С. 9-13.
5. Бенова А.С., Погивалов А.В., Звягин А.Г. «К вопросу эпидемиологических исследований бронхиальной астмы у школьников». В кн. сборник резюме 12-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. М. 2002 г. ст. 396.
6. Емельянов А.В. и др. «Качество жизни и показатели внешнего дыхания у больных бронхиальной астмы»// Тер. Архив. М. 2001 г. №12, ст. 63-65.

УДК 612.822.81:159.944.4

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ПРОФИЛЯ АКТИВНОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА РЕПЕРТУАР КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ И ЗАЩИТНЫХ МЕХАНИЗМОВ ЛИЧНОСТИ

Бахтин И. С.

Сибирский государственный медицинский университет

Кафедра общей и дифференциальной психологии

Научный руководитель: к.б.н., доц. Хоч Н. С.

С момента появления на свет и на протяжении всей жизни главной задачей индивидуума является адаптация. Биологический смысл отработанных до совершенства эволюцией механизмов адаптации заключается в устранении или компенсации отклонений со стороны функциональных (в том числе - психофизиологических), биохимических, морфологических и других показателей, а так же обеспечении оптимального уровня основных жизненных процессов. Объединение частных гомеостатических механизмов в целостную приспособительную реакцию индивидуума на уровне организма, отражающую ее (реакции) системный характер организации, осуществляется нервной системой, в частности вегетативной нервной системой.

Если рассматривать, как полагает Л.А Китаев-Смык, вегетативные процессы, в большинстве своем не подчиненные прямым влияниям воли человека, с позиции оценки их сопряженности с психическими процессами, то можно увидеть три типа взаимоотношений висцеральных нервных центров с психикой:

1) Вегетатика «обслуживает» психическую сферу. Психические процессы базируются на физиологических механизмах. При этом психика как бы «управляет» вегетатикой. Их взаимодействие призвано обеспечивать оптимальный режим психической деятельности.

2) В некоторых случаях, в частности при стрессе, вегетатика может принимать на себя функции, которые с определенным допущением можно расценивать не только как «обслуживание» психических процессов, но и как «управление» ими. Например, в сильную жару происходит выбрасывание из организма с мочой многих активаторов мышечной и психической активности; у людей возникают чувства мышечной слабости, апатия, нежелание двигаться. Известно, что уменьшение объема движений способствует защите организма от перегрева. В данном случае «обеспечение» оптимального, т. е. минимального, объема и интенсивности движений происходит за счет снижения мышечной силы и желания двигаться, за счет возникновения апатии.

3) Вегетатика может выполнять «защитные» функции. При стрессе они могут резко усиливаться, становясь весьма заметными для субъекта и для окружающих. В ожидании опасности, т. е. превентивно, могут усиливаться многие формы защитной вегетативной активности [3].

Следует отметить, что проблема влияния активности вегетативной системы на индивидуальность человека в дифференциальной психологии известна давно. Ещё в Античности древние полководцы проводили отбор в свои войска и дифференцировку воинов, наблюдая за вегетативными реакциями кожи солдат. Значительно позднее идеи детерминации свойств человека активностью вегетатики оформились в науке - П. П. Блонский (1927) считал, что особенности поведения человека зависят от того, насколько уравновешенно и согласованно работают симпатический и парасимпатический отделы вегетативной нервной системы. Ваготоники медлительны и спокойны, не склонны фантазировать, мыслят трезво и реалистично. Симпатикотоники, напротив, импульсивны, решительны, часто увлекаются и отрываются от действительности [2]. Реакция организма на стресс (и на клеточном и на поведенческом уровне), как уже упоминалось раньше, также включает в себя элемент воздействия вегетативной нервной системы. Исследование интегральной индивидуальности человека подразумевает, что «знание индивидуальных особенностей человека на всех уровнях его природной организации - генетическом, биохимическом, морфологическом, нейродинамическом и психодинамическом - является непременным условием, которое должно быть учтено как в целях эффективного воспитания, так и обучения...» [4], поэтому всестороннее изучение и сопоставление вегетативных реакций и личностных особенностей позволит внести дополнительную ясность в проблему эмоционального и информационного стресса.

В настоящее время изучение взаимосвязи между активностью вегетативной нервной системы и личностными особенностями человека, в частности реакциями на стресс, представляет особый интерес для клинической психологии и психологии экстремальных ситуаций, ведь от того, как человек поведёт себя в чрезвычайной ситуации, может зависеть его жизнь и жизнь окружающих.

Опираясь на идеи П.П. Блонского, мы выдвинули гипотезу: преобладание активности определённых отделов вегетативной нервной системы оказывает влияние на характер психического функционирования, в частности, на способы совладания со стрессом. Цель настоящей работы - выявление взаимосвязей между репертуаром психологических механизмов защиты и копинг-стратегий и активностью вегетативной нервной системы индивидуальности. Исходя из поставленной цели, мы поставили перед собой следующие задачи:

1. Определить характеристики функционирования вегетативной нервной системы индивидуальности в состоянии физиологического покоя и в условиях смоделированного информационного стресса.
2. Определить репертуар механизмов психологической защиты и копинг-стратегий, реализуемых индивидуальностью.
3. Выявить наличие/отсутствие взаимосвязей между предпочитаемыми механизмами психологической защиты, копинг-стратегиями и характеристиками функционирования вегетативной нервной системы в покое и в ситуации смоделированного информационного стресса.

В данной работе нами использовано понятие профиля активности вегетативной нервной системы, отражающее индивидуальную природу баланса симпатического и парасимпатического отдела вегетативной нервной системы в соответствии с номенклатурой Р.М. Баевского [1].

В исследовании приняли участие 30 студентов СибГМУ. Возраст обследуемых 19 - 20 лет. Определялся Индекс Напряжения (ИН) по Р.М. Баевскому в покое и при умственной нагрузке (использовался аппаратно-программный комплекс ПФК). Для определения индивидуального репертуара психологических механизмов защиты использовалась методика Индекс Жизненного Стиля (модификация Л.И. Вассермана) Для определения копинг-стратегий использовались Опросник WCQ (модификация Крюковой Т.Л.) и методика CISS (адаптированный вариант опросника Н. С. Эндлера, Д. А. Паркера «Coping Inventory for Stressful Situations»)[5]. Статистическая обработка данных производилась при помощи программ StatGraphics и STATISTICA 6.0.

Полученные результаты:

По результатам измерений индекса напряжения (ИН) в покое испытуемые были распределены на 4 группы:

1) Ваготоники – лица с преобладанием и умеренным преобладанием активности парасимпатических нервных центров - 12 человек.

2) Нормотоники – лица со сбалансированным соотношением активности отделов вегетативной нервной системы - 4 человека.

Симпатотоники – лица с преобладанием активности симпатической нервной системы - 7 человек.

Гиперсимпатотоники – лица со значительным преобладанием тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы – 7 человек.

Измерение ИН в ситуации информационного стресса показало, что испытуемые перераспределились следующим образом:

Ваготоники – 6 человек.

Нормотоники – 4 человек.

Симпатотоники – 5 человек.

Гиперсимпатотоники - 15 человек.

Таким образом, как минимум 50 % испытуемых реагировало на ситуацию стресса повышением тонуса симпатической системы до уровня гиперсимпатикотонии.

Использование метода дисперсионного анализа программы StatGraphics позволило нам выявить взаимосвязи между профилем вегетативной нервной регуляции в покое и предпочитаемыми видами защитных механизмов личности. Нами были выделены комплексы защитных механизмов для каждой из групп. Ваготоники: наиболее высокие показатели по механизмам Компенсация(79,3) и Регрессия(59,4). Нормотоники: Компенсация(88,5) и Регрессия(86), Отрицание(80,75), Интеллектуализация(68,5), Реактивные образования(68,2). Симпатотоники: Замещение(76,1), Регрессия(72,5), Отрицание(70,8), Интеллектуализация(56,5). Гиперсимпатотоники: Реактивные образования(74,8), Замещение(63).

Проанализировав полученные данные, мы заметили определенную особенность в распределении защитных механизмов в группах – например, что группа нормотоников имеет самый широкий репертуар защитных механизмов - 5 механизмов, а группы ваготоников и гиперсимпатотоников самый узкий – по 2 защитных механизма.

Определение репертуара копинг-стратегий при помощи методики WCQ показало наиболее высокие средние значения в группе отмечались по следующим шкалам: Самоконтроль (13,033), Планирование (11,9), Бегство (11,766), Переоценка (11,433). Средние значения по методике CISS следующие: Проблемно-ориентированный копинг(56,97), Копинг, ориентированный на избегание (41,72), Эмоционально-ориентированный копинг (39,52).

Статистический анализ, в рамках возможности программы StatGraphics, взаимосвязи между профилем вегетативной регуляции и копинг-стратегиями, при использовании методики WCQ, не выявил каких-либо корреляций по данным признакам. В то же время исследование взаимосвязей Индекса напряжения в ситуации смоделированного стресса и типа копинг-стратегии (по методике CISS) и обработка данных при помощи пакета программ STATISTICA 6.0. позволило получить следующие результаты (таблица 1). Определение корреляции при помощи коэффициента Спирмена показало обратную зависимость между показателями индекса напряжения и показателями по шкале «Проблемно-ориентированный копинг».

Определение корреляций между индексом напряжения по Р. М. Баевскому и показателями шкал опросника CISS

	Valid	Spearman	t(N-2)	p-level
ИН&ПОК	25	-0,609795	-3,68991	0,001211
ИН&КОИ	25	-0,084507	-0,40674	0,687960
ИН&ЭОК	25	0,132061	0,63894	0,529175

Примечание: ПОК - Проблемно-ориентированный копинг; КОИ - Копинг, ориентированный на избегание; ЭОК - Эмоционально-ориентированный копинг.

Таким образом, при смещении профиля вегетативной регуляции в сторону гиперсимпатикотонии происходит снижение показателей применения проблемно-ориентированного совладающего поведения в стрессовых ситуациях. Однако мы считаем, что на этапе проведённого нами пилотажного исследования пока не представляется возможным сделать какие-либо окончательные выводы относительно взаимовлияния характера функционирования вегетативной системы человека и его репертуара способов совладания со стрессом. Эта проблема требует дальнейшего исследования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баевский Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии М.: Медицина. 1879
2. Ильин Е.П. Дифференциальная психофизиология. СПб. Питер, 2001. — 464 с:
3. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. М.: Наука.1983
4. Русалов В.М. Биологические основы индивидуально-психологических различий. М.: Наука, 1979.
5. Крюкова Т. Л. Методология исследования и адаптация опросников диагностики совладающего (копинг) поведения. Психологическая диагностика, № 2, 2005. Стр. 65 – 75.

УДК 612.766:616-053.7:371.71

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ УЧАЩИХСЯ И ИХ МОТИВАЦИИ К УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Бахтина Ж. А., Кин Н. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра физиологии*

Научный руководитель: к.м.н., ст. преп. Потылицина В. Ю.

Актуальность настоящего исследования определяется тем, что вследствие ухудшения условий окружающей среды, интеллектуальных и эмоциональных перегрузок учащихся старших классов школы и студентов младших курсов вузов на фоне пренебрежительного отношения к своему здоровью, зачастую малоподвижного образа жизни (гиподинамии) и распространением вредных привычек состояние их здоровья ухудшается. В этих условиях важно исследовать не только заболеваемость, но также уровень физического и психического здоровья учащихся.

Между состоянием здоровья и болезни выделяют переходное, так называемое «третье состояние», которое характеризуется «неполным» здоровьем и трактуется как «предболезнь» [1]. Третье состояние часто наблюдается среди студентов, перегруженных учёбой при неправильном образе жизни [2].

Уменьшают количество здоровья так называемые «факторы риска». Главным образом это факторы, связанные с образом жизни (49-53%). Наиболее часто встречаемый фактор риска - **«гиподинамия»** как следствие малоподвижного образа жизни. Гиподинамия отмечается у 46-69% лиц при всех функциональных состояниях, нарушающих здоровье [2]. Её значимость даже выше фактора «избыточная масса тела» и фактора «курение».

Мощность и эффективность аэробного энергообразования определяется по показателю максимального потребления кислорода (МПК). Доказано, что МПК – показатель, характеризующий устойчивость организма к самым различным факторам – от гипоксии и кровопотери до радиоактивного излучения [1]

Цель исследования: сравнительная оценка отношения школьников 9-11 классов и студентов 2-го курса КрасГМУ к своему здоровью, с анализом их мотивации к учебной деятельности в условиях гиподинамии, а также выявление степени работоспособности по показателю максимального потребления кислорода (МПК).

Задачи: 1. Определить отношение школьников и студентов к своему здоровью; 2. Проанализировать на основе данных анкетирования мотивацию их к учебной деятельности по следующим составляющим: познавательная мотивация, оценочная, созидательная (преобразовательная) и коммуникативная; 3. Провести сравнительный анализ оценки физической работоспособности школьников (мальчиков и девочек) в возрасте 13-14, 15-16 лет и студентов 18-19 лет по показателям максимального потребления кислорода (МПК); 4. оценить взаимосвязь функциональных возможностей кардиореспираторной системы школьников с уровнем их повседневной физической активности;

Обследован контингент учащихся 9, 11 классов Общеобразовательного лицея № 11 г. Красноярск, а также студенты 2-го курса КрасГМУ. Всего обследовано 94 учащихся 9-х классов, 98 – 11-х классов и 80 студент 2-го курса КрасГМУ.

Методы исследования:

1. Опрос среди учащихся 9 и 11 классов и студентов: «Цените ли вы своё здоровье?» проводили путем анкетирования (13 вопросов) с ранжированием по трём степеням: «высоко ценю»; «оцениваю средне»; «не ценю вовсе».

2. Мотивация к учебной деятельности изучалась путём анкетирования (36 вопросов) с выявлением следующих показателей: 1) познавательная активность на уроках; 2) использование дополнительных сведений при подготовке к уроку; 3) умение активно работать с учебным материалом; 4) самостоятельность в решении задач; 5) стремление к выполнению заданий повышенной трудности; 6) понимание значимости знаний; 7) активное участие в коллективной работе; 8) интерес к будущим профессиям.

3. Показатель максимального потребления кислорода (МПК) исследовался безынструментальным методом. После определения исходного значения частоты сердечных сокращений (ЧСС) по пульсу испытуемым предлагалась дозированная нагрузка – подъем на гимнастическую скамейку высотой 35см. и спуск (всего 20 подъемов и спусков по команде в течение 4- минут) с повторным измерением ЧСС сразу после завершения нагрузки.

Величину мощности расхода энергии при выполнении нагрузки вычисляли по формуле Добельна (10):

$W = P \cdot h \cdot n \cdot 1,5$, где: P- масса тела испытуемого; h- высота скамейки; n- число циклов «подъём-спуск»; 1,5 – коэффициент, установленный для взрослых людей.

Величину МПК рассчитывали по формуле Добельна: $МПК = 1,29 \cdot \sqrt{\frac{W}{H-60}} \cdot K$

где W – мощность; H – ЧСС (частота сердечных сокращений); K – возрастной коэффициент. Ко всем коэффициентам делались поправки в соответствии с полом испытуемых [6]. Полученные данные, характеризующие физическую работоспособность испытуемых, сопоставляли с критериями, приведёнными в литературе [5], по оценочным уровням: отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно.

4. Уровень ежедневной физической активности учащихся оценивали по результатам анкетирования.

Результаты исследования: По результатам анкеты «Цените ли вы свое здоровье» среди школьников 9 класса высоко ценят своё здоровье 17,5% (то есть питаются в соответствии с режимом, не пьют кофе, предпочитают в выходные заниматься спортом, туризмом, не курят, не пренебрегают лекарственными препаратами, не имеют хронических заболеваний), средне значимым считают его 65% респондентов, и не придают своему здоровью никакого значения – 17,5% опрошенных. Среди учащихся 11 классов соответственно 21%; 65% и 14%. В студенческой группе считают здоровье большой ценностью 48% респондентов, средне значимым считают его 52% опрошенных, при этом никто не относился к своему здоровью безразлично.

Далее анкетирование мотиваций к учебной деятельности показало: высокий уровень мотивации к учебной деятельности имеют только 25% девятиклассников из 60 опрошенных, 17,8% одиннадцатиклассников из 53 опрошенных и 45,5% студентов 2-го курса из 80 респондентов. У значительной части учащихся выявлен низкий уровень мотивации к учебной деятельности по всем её видам: 9 классы - от 10 % (преобразовательная) до 23,3 % (коммуникативная); 11 классы - от 3,7 % (оценочная) до 32% (коммуникативная), студенты – 4,2% (коммуникативная) до 36, 3% (преобразовательная).

В результате выполненного безынструментального определения МПК (максимального потребления кислорода) установлено, что большинство учащихся имеют уровень работоспособности, соответствующий оценке «удовлетворительно» по стандартной шкале (показатель МПК/кг = 45-49). Среди одиннадцатиклассников этот уровень работоспособности продемонстрировали 47% девочек и 60% мальчиков, девятиклассников – 52% мальчиков и 42% девочек, а из числа студентов 9% мальчиков и 10,6% девочек. Такой результат является пограничным с неудовлетворительным уровнем работоспособности (показатель МПК/кг = 44 и ниже). Учащиеся с низким уровнем работоспособности и малой познавательной активностью находятся, по-видимому, в «третьем состоянии» [4]. Этот вывод согласуется с данными литературы В 1997 году коллективом преподавателей КрасГМУ было проведено исследование оценки здоровья школьников старших классов [3]. Полученные результаты, по-видимому, отражают существующую закономерность снижения количества здоровья учащихся старших классов школы.

Анкетный опрос «Мой день» показал, что учащиеся 9,11 классов очень мало внимания уделяют занятию спортом. Вообще не занимаются спортом в 9 классе 32%, а в 11 классе 21%. Ведут малоподвижный образ жизни 50% одиннадцатиклассников и 24% девятиклассников от общего числа опрошенных.

Выводы:

1. Студенты медики ответственнее относятся к своему здоровью, чем 11классники. А учащиеся 11х классов выше ценят свое здоровье, чем 9классники.
2. Низкий уровень работоспособности сочетается с низким уровнем мотивации к учебной деятельности у школьников.
3. У школьников низкий уровень МПК сочетается с высоким средним баллом успеваемости, в то время как у студентов наблюдаются противоположные результаты. Большинство студентов, имеющие по итогам 3 сессии оценки отлично и хорошо, показали самый высокий уровень работоспособности.
4. Те учащиеся, у которых выявлено сочетание низкого уровня работоспособности с гиподинамией и малой познавательной активностью находятся, по-видимому, в так называемом «третьем состоянии» [3,4] между здоровьем и болезнью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Апанасенко Г.Л., Попова Л.А. Медицинская валеология /Серия «Гиппократ». Ростов н/Д.: Феникс, 2000. – 248 с.
2. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Донозологическая диагностика в оценке состояния здоровья. //Валеология: Диагностика, средства и практика обеспечения здоровья. СПб.: Наука, 1993.- 269 с.
3. Гребенникова В.В., Суетова Т.А., Заболотная Е.В., Копытко Е.А., Скороход О.О. Оценка здоровья школьников старших классов г. Красноярска. // Актуальные вопросы биомедицинской и клинической антропологии: материалы научной конференции. – Красноярск, 1997. - 188 с.
4. Линденбратен В.Д. «Третье состояние» у студентов. //Валеология: Диагностика, средства и практика обеспечения здоровья (Международный сборник научных трудов, Вып. 2) Владивосток: Дальнаука, 1995. - с. 133-139.
5. Нейгл Ф. Дж. Физиологическая оценка максимальной физической работоспособности. // Наука и спорт. Сборник обзорных статей под ред. проф. Защирского В.М. и проф. Туманяна Г.С. – М.: «Прогресс», 1982. – 270 с.
6. Потребление кислорода как биохимический критерий гиподинамии //Биология в школе.- 2004. - №4. - с. 48-49.
7. Телль Л.З. Валеология: Учение о здоровье, болезни и выздоровлении. В 3т. – М: ООО «Изд-во АСТ»; «Астрем», 2001. – 432 с. Т.3 Часть 4. Частная валеология. С. 323 - 336.

ПРИМЕНЕНИЕ ДЕРМОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПИГМЕНТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ КОЖИ**Беззаботнова Е. Б.***Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого**Кафедра кожно-венерических болезней с курсом ПО***Научный руководитель: асс. Малышев А. С.**

Актуальность проблемы. Дермоскопия (эпифлуоресцентная микроскопия (ЭЛМ), кожная поверхностная микроскопия *in vivo*, световая микроскопия с масляной иммерсией, дерматоскопия) - это неинвазивный диагностический метод визуальной оценки кожных поражений, который позволяет более тщательно изучить как поверхность кожи, так и ее более глубокие слои. Данный диагностический инструмент дает возможность распознавать морфологические структуры, невидимые невооруженным глазом, для быстрого подтверждения диагноза. В настоящее время дерматоскопия – это широко применяемый, хотя и занимающий небольшую нишу в структуре дерматологии, диагностический метод, в развитии которого не последнюю роль сыграло образование международного дерматоскопического общества (International Dermoscopy Society – IDS), основной деятельностью которого является дерматоскопия пигментных кожных образований. (2).

В 1987 г. Н. Pehamberger Steiner и К Wolff внедрили метод анализа дерматоскопического рисунка (pattern analysis), ставший первой системой дифференциальной диагностики пигментных образований кожи с помощью дерматоскопии и использовали метод прижизненной поверхностной микроскопии с иммерсионным маслом для исследования более чем 3000 пигментных образований кожи (4). Основываясь на своем огромном собственном опыте, они систематизировали полученные данные о новых морфологических особенностях и предложили свою модель анализа для диагностики ПОК (2).

Ю. В. Сергеев в 1998 г. организовал первый в России кабинет видеодерматоскопии на основе цифрового видеоскопа, дававшего увеличение до 80 раз и направлявшего статическое и динамическое изображение непосредственно на компьютер, оборудованный платой видеозахвата и специальным программным обеспечением. Это создавало существенные технологические и научно-организационные преимущества по сравнению с методами классической дерматоскопии и позволило реализовать новые диагностические и исследовательские задачи (2, 4).

Первое совещание по дерматоскопии состоялось в 2000 г., а Всемирный конгресс по дерматоскопии – в 2001 г. На этих форумах были освещены новые достижения, сформировавшие современные направления дерматоскопии (2, 4).

Самой значимой функцией дерматоскопии является выявление меланомы на самых ранних стадиях. Кроме этого, с помощью дерматоскопии возможна постановка точного диагноза различных заболеваний кожи, преимущественно опухолевидных образований меланоцитарного и немеланоцитарного генеза. Для постановки диагноза используются определенные дерматоскопические критерии. Метод дерматоскопии стал также повсеместно применяться в диагностике различных неопухолевидных заболеваний кожи (псориаз, красный плоский лишай, розовый лишай, чесотка и др). Ученые по всему миру продолжают поиск критериев все новых дерматозов, ранее не изучавшихся при дерматоскопии. (1, 3).

Меланома – злокачественная опухоль меланоцитарной системы, сопровождающаяся бурным лимфогенным и гематогенным метастазированием, высоким уровнем смертности. Доля меланомы в общей структуре злокачественных новообразований человека составляет 1-3%, причем показатели заболеваемости удваиваются каждые 10-15 лет (1).

Цель настоящего исследования: оценить возможность использования дерматоскопии для дифференциальной диагностики новообразований кожи.

Материалы и методы исследования. Нами был проанализирован опыт диагностики и ведения пациентов с пигментными образованиями кожи нашими зарубежными коллегами. Диагностика пигментных образований проводилась с помощью дерматоскопии и подтверждалась результатами лабораторного исследования (5, 6, 7, 8, 9, 11, 12).

Лабораторные исследования включали гистопатологическое исследование биопсийного материала кожи.

Дермоскопия выполнялась различными дерматоскопами (MoleMax II, Derma Instruments, Vienna, Austria) с применением бинокулярной стереомикроскопии, которая обеспечивает диапазон десятикратного увеличения (12, 13). Дерматоскоп совмещался с цифровой фотокамерой, что позволяло осуществлять документирование изображения, его обработку, обеспечивая возможность динамического наблюдения за пациентами с труднодифференцируемыми новообразованиями кожи (5, 6, 7, 8, 9, 10, 11).

В результате многолетней совместной работы дерматологов и дерматоонкологов по всему миру были достигнуты определенные результаты по унифицированию диагностики наиболее распространенных и важных заболеваний кожи.

Важной задачей врача-дерматовенеролога и дерматоонколога можно считать диагностику меланомы, поэтому в первую очередь рассмотрим дерматоскопическую картину, характерную для данной патологии.

Так, для диагностики меланомы используется правило ABCD, которое отражает:

A – asymmetry, асимметричность родинки; B – border irregularity, неровный край; C – color, неодинаковый цвет разных частей родинки; D – diameter, диаметр родинки более 6 миллиметров (9, 11, 12).

Также, рассмотрим дерматоскопическую картину заболеваний, встречающихся на первичном приеме как врачей-дерматовенерологов, дерматоонкологов, так и косметологов.

В диагностике голубого невуса обращают внимание на хорошо очерченную гомогенность пигментации (сине-серой или черно-синей) и отсутствие таких черт, как пигментированная сеть, сосуды, коричневые шарики или черные точки, участки регрессии (10).

Для шпиг невуса характерно наличие глобул, черного или светло-коричневого цвета, пигментация в центральной области образования может иметь различную окраску – от серо-голубой до темно-коричневой и даже черной (5). При шпиг невусе возможно изменение дерматоскопической картины с течением времени. Так, например, у пациента с изначально классической дерматоскопической картиной шпиг невуса за год произошли следующие изменения: появились многочисленные коричневые глобулы и произошло ослабление и уменьшение площади центральной серо-голубой пигментации. Спустя четыре года от начала наблюдения дерматоскопически было выявлено уменьшение глобул и увеличение областей фиброза (5).

Базалиома или базально-клеточный рак кожи является одним из наиболее часто встречающихся злокачественных заболеваний. При базалиоме обращают на себя внимание наличие изъязвления, области в форме кленового листа, крупные серо-голубые овальные очаги, множественные серо-голубые глобулы и ветвящаяся телеангиэктазия. Последний признак расценивается как черта, специфичная именно для пигментированной базалиомы (8).

О наличии себорейного кератоза свидетельствуют такие дерматоскопические характеристики, как комедоно-подобные очаги с роговыми пробками и милио-подобные кисты (6, 12).

При псориазе и чистоклеточной акантоме наблюдаются характерные дерматоскопические признаки. К ним относятся: чешуйчатая поверхность с фестончатым краем, расширенные капиллярные петли, ориентированные перпендикулярно поверхности кожи, равномерно представленные в ретикулярном слое по всей поверхности образования (6).

Для дерматофибромы типичным дерматоскопическим признаком является наличие в центре образования белого участка, окруженного регулярной, тонкой светло-коричневой сеточкой (10, 13).

Полученные результаты. На первом этапе исследования все авторы использовали дерматоскопию для постановки предварительного диагноза. Затем диагноз подтверждался при помощи гистопатологического исследования биопсийного материала (5, 6, 7, 8, 9, 10, 11). После подтверждения диагноза были сделаны выводы для каждого из заболеваний, в которых обозначались характерные дерматоскопические признаки, способные помочь врачам-дерматологам в их повседневной практике.

Не смотря на то, что наши иностранные коллеги уже более 20 лет широко используют метод дерматоскопии в своей работе, в России этот метод еще не достаточно распространен. В нашем регионе первыми к изучению и применению дерматоскопии приступили сотрудники кафедры кожных и венерических болезней КрасГМУ и врачи ККВД. Нам еще предстоит изучать эту методику, внедрять ее в практику все большего количества врачей-дерматовенерологов, а также углублять и совершенствовать дерматоскопию.

Выводы

1. Метод дерматоскопии злокачественных образований является эффективным способом дифференциальной диагностики меланокитических новообразований на этапе клинического осмотра пациентов.
2. Применение метода «ABCD» при дерматоскопии является удобным инструментом в практике врача – дерматовенеролога.
3. Знание врачом-практиком основных признаков того или иного заболевания кожи способствует ранней и точной диагностике как злокачественных, так и доброкачественных образований кожи.
4. Применение дерматоскопии с использованием цифровой фотокамеры позволяет наблюдать динамику развития заболевания, а также получать консультации более опытных специалистов используя различные методы обмена цифровыми данными, как например, электронная почта или телеконференции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лукашева Н. Н., Ткаченко С. Б., Потекаев Н. Н., Кузьмина Т. С. и др. Прижизненная отражательная конфокальная лазерная сканирующая микроскопия: история создания, принцип работы, возможности применения в дерматологии // Клиническая дерматология и венерология. - 2008, №5. - С.10-15.
2. Малышев А. С., Прохоренков В. И., Яковлева Т. А., и др. Диагностические возможности дерматоскопии в дерматологии // Сибирский журнал дерматологии и венерологии. – ООО «ИП СВЕТ», 2009, №10. – С. 35-37.
3. Прохоренков В. И., Карачева Ю. В., Левкович А. О., Кунгуров С. В. и др. Методы прижизненной микроскопии кожи (ПМК): диагностические возможности и перспективы // Сибирское медицинское обозрение. - 2004, №2-3. – С. 29-35.
4. Сергеев А. Ю., Сергеев В. Ю. Дерматоскопия: становление и развитие в России и за рубежом // Клиническая дерматология и венерология. – 2008. - №1. – С.4-8.
5. Brunette B., Nino M., Sammarco E., Scalvenzi M. Spitz naevus: a proposal for management // JEADV. – European Academy of Dermatology and Venerology, 2005. - №19. – С.380-399.
6. Bugatti L., Filosa G., Broganelli P., Tomasini C. Psoriasis-like dermoscopic pattern of clear cell acanthoma // JEADV.- European Academy of Dermatology and Venerology, 2003. - №17. – С.452-455.
7. Bugatti L., Filosa G., De Angelis R. Dermoscopic observation of Bowen's disease // JEADV. - European Academy of Dermatology and Venerology, 2004. - №18. – С.572-574.
8. Demirtasoglu M., Ilknur T., Lebe B., et al. Evaluation of dermoscopic and histopatologic features and their correlation in pigmented basal cell carcinomas // JEADV.-European Academy of Dermatology and Venerology, 2006. -№20. – С.916-920.
9. Laino L., Cantisani C., Innocenzi D., et al. A pigmented acral lesion // JEADV.- European Academy of Dermatology and Venerology, 2006. - №20. – С.735-767.
10. Ozdemir F., Kilinc I., Akalin T. Homogeneous blue pigmentation in dermatofibroma simulating a blue naevus // JEADV.- European Academy of Dermatology and Venerology, 2006. - №20. – С.733-734.
11. Sahin M. T., Demir M. A., Yolen L., et al. Blue naevus with satellitosis mimicking malignant melanoma // JEADV.- European Academy of Dermatology and Venerology, 2001. - №13. – С.570-573.
12. Soyer H.P., Smolie I., Hoedl S., et al. A new approach to the diagnosis of cutaneous pigmented tumors // Am. Dermatol. – 1989. - №11. – С.1-10.
13. Stolz W., Bilek P., Landthaler M., et al. Skin surface microscopy // Lancet. – 1989. - №11. – С.864-865.

УДК 611.714:572.51(470.53)

ТЕНДЕНЦИЯ ИЗМЕНЕНИЯ ФОРМЫ ЧЕРЕПА НА ТЕРИТОРИИ ПЕРМСКОЙ ОБЛАСТИ

Белоглазова А. В., Казаковцева Ю. А., Морозова Е. В.

Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е. А. Вагнера

Кафедра нормальной, топографической и клинической анатомии, оперативной хирургии

Научный руководитель: к.м.н., доц. Цветкова Т. Ю.

Актуальность проблемы. История колонизации Прикамья ставит перед антропологом две важные проблемы: путём изучения костного материала древних кладбищ воссоздать физический тип первых русских колонистов и установить ход эволюции физического типа этих первых поселенцев до современного русского населения тех же районов.

Это побудило Ансеров Н.И., заведующего кафедрой анатомии медицинского факультета ПГУ, в 1924 году предпринять поездку в с. Троицкое Пермского округа для собирания краниологического материала. Его возникновение относится ко второй половине 16 века (1568 – 69 г.г.). Село Троицкое расположено на реке Сылве (приток р. Чусовой) в 52-х верстах от города Перми. Сначала оно было названо слободой Сылвой и было центром одноимённого округа владений Строгановых.

Территория современной Уральской области уже с 13 века начала заселяться русскими. Среди угро-финских и тюркских народностей стали появляться островки русского населения. Оно располагалось по берегам больших рек, единственно удобных путей сообщения того времени. Из русских первыми сюда проникли новгородцы. Позднее, на Каму пришли новые колонисты уже из центральных областей России – из Московско-Суздальского края. Причина их колонизации была в экономических и политических угнетениях со стороны государства. Таким образом, эти два потока колонистов из древних русских центров Новгорода и Москвы и образовали слой русского населения.

Кладбище, откуда взяты черепа, является древнейшим из 4-х известных в этом селе. Оно было открыто случайно. На нём расположено теперь село. Лет 10 – 15 назад в размывах берега при весенних разливах реки Сылвы стали попадаться человеческие кости. Район берега, где кости вымывались, как раз примыкает к селу.

Имеется ряд доказательств, что село стоит на этом кладбище не менее 150 лет (данные на 1924 год). Об этом свидетельствует глубокий слой над могилами и находки в этом месте монет времён Павла I. Кроме того, застройка территории кладбища могла произойти лишь тогда, когда воспоминание о нём достаточно побледнело. Наконец, важно отметить ещё одно обстоятельство, которое свидетельствует о сравнительной давности погребений – это то, что черепа в общей массе плохо сохранились. Следовательно, это кладбище должно быть отнесено ко времени возникновения села, т.е. к середине 16 века.

Кому принадлежат изученные черепа?

После падения Новгорода колонизационный поток отсюда иссяк и наоборот усилился из средней Московской Руси. Но во второй половине 16 века был открыт кратчайший путь в Сибирь по р.р. Чусовой, Серебрянке, Тагилу и т. д. Завоевание Казани обеспечило безопасность движения по этому пути. Старая Новгородская дорога через Северный Урал, таким образом, была заброшена. Всё это создало предпосылки для усиленной московской колонизации Средней Камы и её притоков – Чусовой, Сылвы и т. д.

При анализе полученных данных, а именно, анализ среднего головного указателя (черепной указатель) дал право Ансерову Н.И. разделить изучаемые черепа на две группы, представляющие смесь двух неоднородных групп.

Цель работы: изучить тенденцию изменения формы черепа на протяжении четырёхсот лет на территории Пермской области.

Задачи исследования

1. Определить форму каждого черепа в группе современных черепов и черепов возраста более четырёхсот лет по вычислению черепного указателя (коллекция кафедры).
2. Определить высотно-продольный и высотно-поперечный индекс каждого черепа.
3. Выявить тенденцию изменения формы черепа на протяжении четырёхсот лет на территории Пермской области.

Материалы и методы: нами было исследовано 105 черепов; из них 35 современных и 70 черепов, возраст которых составляет более четырёхсот лет, находящиеся в коллекции кафедры нормальной, топографической и клинической анатомии ПГМА (коллекция Ансерева Н.И.).

Продольный, поперечный и вертикальный размеры каждого черепа измеряли с помощью толстотного циркуля. Продольный размер определяли как расстояние от глабеллы до наиболее выступающей точки затылка (инион); поперечный размер – как расстояние между наиболее удалёнными точками от средней плоскости на латеральной поверхности (расстояние между зурионами); вертикальный размер – как расстояние от середины переднего края большого затылочного отверстия (базиион) до места пересечения сагиттального шва с венечным (брегма – точка, расположенная на пересечении венечного и сагиттального швов).

По результатам измерения вычисляли черепной указатель (ЧУК - отношение поперечного размера к продольному), высотно-продольный и высотно-поперечный индексы, процентное отношение высотно-поперечного к высотно-продольному указателю (высота черепа).

По черепному указателю определяли форму черепа: мезокrania – 75,0-80,0%; долихокрания – < 75,0%; брахикrania – >80,0%.

По процентному отношению высотно-поперечного индекса к высотно-продольному судили о высоте черепа по стандартным показателям: хемокrania (низкий череп) - <70,0%, ортокrania (средний высокий) – 70,0-75,0%, гипсикrania (высокий череп) - >75,0%. Полученные результаты обрабатывали с помощью методов вариационной статистики. Результаты представленные в таблице в виде средней арифметической и её стандартной ошибки ($M \pm m$). Достоверность различий между группами (p) оценивались согласно t -критерия Стьюдента. Различия или показатели связи считали значимыми при $p < 0,05$. Расчёты проведены с использованием программы «Excel».

Полученные результаты. Изменение размеров у современных черепов – продольного, поперечного и высотного - наблюдалось во всех группах черепов (мезокrania, брахикrania, долихокрания) (табл. 1).

Таблица 1

Основные размеры современных черепов и черепов из коллекции в зависимости от их формы ($M \pm m$)

		Прод Р.	Поп Р.	Выс Р.	ЧУК	Выс – поп Р.	Выс – прод Р.	Форма
Череп коллекции	Мезокран	178,1 $\pm$ 1,55	145,0 $\pm$ 1,55	138,0 $\pm$ 1,19	81,1 $\pm$ 1,05	97,0 $\pm$ 1,25	77,5 $\pm$ 0,25	81,3 $\pm$ 1,05
	Брахикран	167,0 $\pm$ 3,7	139,3 $\pm$ 3,45	130,8 $\pm$ 3,35	84,0 $\pm$ 1,28	99,0 $\pm$ 1,55	83,0 $\pm$ 0,69	84,0 $\pm$ 1,28
	Доихокран	183,2 $\pm$ 2,52	147,1 $\pm$ 2,12	132,1 $\pm$ 1,51	80,3 $\pm$ 0,86	90,0 $\pm$ 0,91	72,1 $\pm$ 0,84	80,3 $\pm$ 0,86
Современные черепа	Мезокран	173,8 $\pm$ 1,21	135,0 $\pm$ 1,13	125,0 $\pm$ 1,24	77,7 $\pm$ 0,29	92,7 $\pm$ 0,94	72,0 $\pm$ 0,72	77,7 $\pm$ 0,29
	Брахикран	168,0 $\pm$ 1,49	140,0 $\pm$ 1,2	122,0 $\pm$ 1,31	83,0 $\pm$ 0,54	87,2 $\pm$ 0,98	72,7 $\pm$ 0,77	83,0 $\pm$ 0,54
	Доихокран	177,7 $\pm$ 1,5	127,0 $\pm$ 1,44	122,3 $\pm$ 1,2	71,5 $\pm$ 0,64	96,2 $\pm$ 1,28	69,0 $\pm$ 0,91	71,5 $\pm$ 0,64

Примечание: Прод Р. – продольный размер, Поп Р. – поперечный размер, Выс Р. – высотный размер

По ЧУК была определена преобладающая форма черепов в каждой из двух групп. Среди современных черепов и черепов из коллекции преобладали мезокrania (рис. 1). Самые значительные изменения размеров современных черепов отмечались у долихокрания, а именно, увеличение всех трех размеров (продольного, поперечного, высотного), в большей степени поперечного размера (на 13,6%). У современных брахикефалов по сравнению с черепами из коллекции наблюдалось только увеличение высоты черепа на 11,7% (рис. 2).

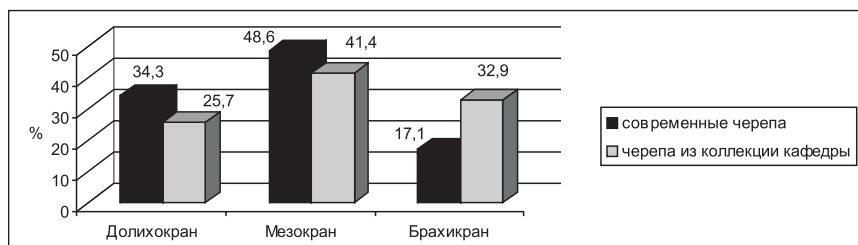


Рис. 1. – Процентное соотношение черепов разной формы в группе современных черепов и черепов из коллекции кафедры

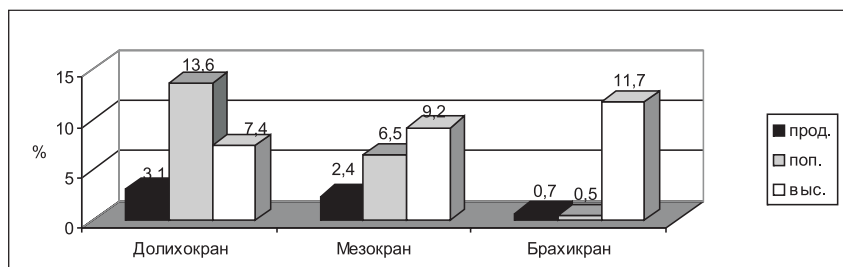


Рис. 2. – Изменение размеров у современных черепов

Примечание: прод. – продольный размер, поп. – поперечный размер, выс. – высотный размер

У современных черепов – мезокранов происходит увеличение всех трех размеров (продольного, поперечного, высотного), но в большей степени высоты – на 9,2%, а у долихокранов в большей степени увеличение поперечного размера – на 13,6%.

Среди современных черепов не встретилось ни одного хемокрана (низкий череп). И лишь один череп из группы мезокранов имел параметры, соответствующие ортокрании (5,9%). Все остальные относились к высоким черепам (гипсикранам).

Среди черепов коллекции кафедры также преобладали высокие черепа, однако среди долихокранов не выявилось ни одного высокого черепа, но преобладали черепа средней высоты – ортокраны (77,8%) (табл. 1).

Таблица 1

Распределение современных черепов и черепов из коллекции по высотному показателю (%)

		Хемокран (низкий череп)	Ортокран (средний череп)	Гипсикран (высокий череп)
Современные черепа	Д	0	0	100
	М	0	5,9	94,1
	Б	0	0	100
Черепа коллекции	Д	22,2	77,8	0
	М	0	3,6	96,4
	Б	0	0	100

Примечание: Д - долихокран, М – мезокран, Б – брахиокран

Наблюдается тенденция у современных черепов к гипсикрании и увеличение процента мезокранов и долихокранов. Полученные результаты не совпадают с общепринятым мнением о брахицефализации [2]. По нашим данным на территории Пермской области идёт процесс долихо- и мезоцефализации с увеличением высоты черепа.

Несколько черепов из коллекции кафедры отличаются столь характерными особенностями, что их трудно спутать друг с другом. Эти черепа обладают параметрами, не характерными для других черепов коллекции – 77,8% из них относятся к средним чередам и 22,2% к низким чередам. Это дает основание предположить, что мы имеем дело с черепами разных этнических групп. Об этом же пишет и Ансеров Н.И., что первая группа троичских черепов принадлежит колонистам, поселившимся на р. Сылве в половине 16 в.; вторая группа черепов резко отличается от первой и очевидно также принадлежит колонистам, но не из Московского, а какого-нибудь иного района. Можно предположить, что это выходцы из Новгородского Севера, из Сольвычегорска [1].

Выводы:

1. В настоящее время на территории Пермской области преобладают черепа мезо-(48,6%) и долихокранического (34,3%) типа, что опровергает общепринятое мнение о повсеместной брахицефализации населения.
2. У современных черепов наблюдается увеличение продольного, поперечного и высотного размеров: у долихокранов преимущественно – поперечного размера, у брахиокранов и мезокранов – высотного. Подавляющее большинство современных черепов относится к высоким чередам.
3. Черепа из коллекции кафедры представлены, по-нашему мнению, как минимум двумя этническими группами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ансеров Н.И. Черепа из древнего кладбища с. Троицкого, Пермского округа. - Известие Биологического Научно – Исслед. Инст. При Пермском Университете, 1925. - Т. 4 – Вып. 3. – С. 115-122
2. Гелашвили П.А. Анатомия черепа (этапы становления, особенности строения, аномалии развития, возрастные особенности, краниометрия, принципы скульптурного восстановления головы). – Самара: ООО «Офорт», 2007. – С. 1 - 89

ВЛИЯНИЕ НАНОАЛМАЗОВ НА МИКРООРГАНИЗМЫ

Белоголова О. В., Золотухина В. М., Кругом С. В., Мурадова С. Б., Стешик В. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого**Кафедра микробиологии, ортопедической стоматологии***Научные руководители: к.м.н., доц. Решетнева И. Т., д.м.н. Манашев Г. Г.**

В последнее время наблюдается повышенный интерес к поиску новых материалов, пригодных для применения в медицинских целях. Несомненный интерес для специалистов, работающих в различных областях представляют наноматериалы (НА). Это частицы размером $4-10 \times 10^{-9}$ м, имеют выраженный химический полиморфизм поверхности, что определяет высокие адсорбционные свойства данного материала по отношению к биомолекулам. В связи с этим НА могут найти широкое применение в практической медицине, например, как сорбент нежелательных компонентов белковой и небелковой природы [1]. В эксперименте установлено снижение активности гнойно-воспалительных процессов у крыс при внесении НА в очаг воспаления [2]. В литературе не найдено данных, отражающих влияние НА на микроорганизмы.

Целью нашей работы является изучение влияния наноматериалов на микроорганизмы.

Задачи исследования:

1. изучение антимикробной активности НА;
2. изучение влияния НА на выживаемость микроорганизмов;
3. изучение влияния НА на морфологию микроорганизмов;
4. изучение влияния НА на чувствительность микроорганизмов к антибиотикам.

Материалы и методы. Для исследования использовали тест-культуры условно-патогенных микроорганизмов: *S. aureus* (209P), *E. coli*, *C. albicans*. Для изучения антимикробных свойств НА использовали метод «колодцев» и метод серийных разведений.

Метод «колодцев». На поверхность кровяного агара Шадлера в чашке Петри осуществляли посев тест-культуры микроорганизмов. Затем делали «колодцы», в которые вносили по 10 капель 5% взвеси НА. Посевы инкубировали при $t = 37^\circ\text{C}$ в течение 24 ч.

Метод разведений. Готовили разведения НА (0,1%, 0,05%, 0,01%) в различных средах: Мюллера-Хинтона бульон (МХБ), СКС, дистиллированной воде и физиологическом растворе. 0,5 мл взвеси суточных культур микроорганизмов в концентрации 0,5 единиц по McFarland ($1,5 \times 10^8$ КОЕ/мл) вносили в пробирки с разведениями НА. Содержимое пробирок тщательно перемешали. Посевы инкубировали в течение суток при $t 37^\circ\text{C}$. Через 1, 5 суток и 2 месяца экспозиции с НА производили высевы на чашки с МПА.

Для определения влияния НА на морфо-тинкториальные свойства и выживаемость микроорганизмов в пробирки, содержащие 1 мл НА различной концентрации (0,01%, 0,05%, 0,1%), вносили 0,1 мл взвеси микроорганизмов. Использовали взвесь суточных культур в концентрации 0,5 единиц по McFarland ($1,5 \times 10^8$ КОЕ/мл), приготовленную на дистиллированной воде. Для приготовления взвеси использовали дистиллированную воду, т.к. НА агглютинируют в солевых растворах. Пробирки выдерживали при комнатной температуре и через 5, 15, 30, 60 и 120 минут после внесения НА производили высеивание из каждой пробирки на чашку Петри с МПА. Параллельно ставились контроли культур и НА. Чашки с посевами инкубировались в течение 24 ч, при $t 37^\circ\text{C}$.

Интенсивность роста оценивали следующим образом:

- ++++ – рост микробов по штриху колониями, не поддающимся счету;
- +++ – наличие отдельных колоний с середины штриха;
- ++ – свыше 200 колоний.
- 0 – отсутствие роста.

Для исследования выживаемости микроорганизмов, влияния НА на культуральные и морфо-тинкториальные свойства при поверхностном нанесении НА готовили взвеси суточных культур 0,5 по McFarland ($1,5 \times 10^8$ КОЕ/мл). Методом серийных разведений получили концентрацию микроорганизмов 10^3 в 1 мл. 0,1 мл полученной взвеси засеивали газоном на чашку Петри с МПА. Посев производился стеклянным шпателем. Сверху наносили 0,1 мл 0,5 % НА и также растирали шпателем по поверхности. В контроли вместо НА вносили 0,1 мл дистиллированной воды и также растирали шпателем. Посевы инкубировали 24 часа при $t 37^\circ\text{C}$.

Морфо-тинкториальные свойства изучали при окраске фиксированных мазков по методу Грама.

Культуральные свойства изучали макроскопически.

Для определения влияния НА на чувствительность микроорганизмов к антибиотикам проводили определение антибиотикограмм диско-диффузионным методом. Время экспозиции тест-культур с НА в концентрации 0,1% составило 2 месяца. Для постановки антибиотикограммы готовили взвеси суточных культур в концентрации 0,5 по McFarland ($1,5 \times 10^8$ КОЕ/мл) в физиологическом растворе. Посевы производили на МХА, раскладывали диски с антибиотиками, инкубировали при $t 37^\circ\text{C}$ в течение 24 часов.

Для изучения агглютинирующей способности НА ставили реакцию агглютинации на стекле. Для этого на предметное стекло наносили каплю НА в концентрации 0,25% и бактериальной петлей эмульгировали в ней микроорганизмы. В качестве контроля НА служила капля НА в дистиллированной воде, для контроля культуры – капля дистиллированной воды и микроорганизмы. Изучали способность НА агглютинировать следующие микроорганизмы: *S. aureus* (209P), *S. flava*, *B. subtilis*, *C. xerosis* – Gr(+) микроорганизмы; *E. coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Vibrio* spp. – Gr(-) микроорганизмы и дрожжеподобные грибы *C. albicans*.

Результаты и обсуждение. По результатам проведенных исследований установлено, что задержки роста микроорганизмов даже в непосредственной близости от колодцев не отмечено. Это, с одной стороны, говорит о том, что НА не имеют бактерицидного или бактериостатического эффекта. С другой стороны, обнаружено, что визуально диффузии НА в агар не наблюдается (это связано с неспособностью НА диффундировать в агар). Т.е., эксперимент, поставленный таким образом не позволяет выявить бактерицидный эффект у НА.

После внесения НА в физиологический раствор, МХБ и СКС и внесения микроорганизмов в эти пробирки через 15-30 мин произошла видимая агглютинация на +++ (видимый значительный осадок НА и легкое помутнение надосадочной жидкости). На СКС с низкой концентрацией НА (0,01%) НА находились в растворе в виде крупных взвешенных частиц (1-2мм). В МХБ – надосадочная жидкость почти прозрачная, с очень легкой опалесценцией. В дистиллированной воде агглютинации не наблюдалось, отмечено равномерное помутнение во всех концентрациях НА.

После двухмесячной экспозиции микроорганизмов с НА бактерицидного и бактериостатического эффектов не обнаружено. Более того, отмечено, что через 2 месяца из контрольных пробирок с физиологическим раствором и дистиллированной водой микроорганизмы либо не высевались, либо их концентрации были значительно ниже, чем в пробирках с НА. В то время как в пробирках с питательной средой такая закономерность не прослеживается. Т.о., возможно, НА способствуют выживаемости (консервации) микроорганизмов в условиях дефицита питательного субстрата.

При различном времени экспозиции микроорганизмов с различными концентрациями НА изменений в интенсивности роста нет. Морфо-тинкториальные свойства остались прежними.

В модификации эксперимента для изучения действия НА на микроорганизмы, при нанесении НА на поверхность посева, количество жизнеспособных микроорганизмов значительно снижается. Установлено изменение культуральных свойств микроорганизмов при поверхностном нанесении НА по сравнению с контролем. Диаметр опытных колоний меньше контрольных на 0,5-1 мм, остальные культуральные свойства не изменены.

При постановке антибиотикограммы с микроорганизмами, которые инкубировались с НА в течение пяти суток получили следующий результат. Чувствительность *E. coli* ко всем антибиотикам в контроле культуры в среднем равна 25,17мм Чувствительность к тем же антибиотикам после инкубации с НА в дистиллированной воде 26,33мм ($\Delta=1,16$ мм), в физиологическом растворе 27,5мм ($\Delta=2,33$ мм), в СКС 25,67мм ($\Delta=0,5$ мм), в МХБ 27,0мм ($\Delta=1,85$ мм). Чувствительность *S. aureus* (209P) ко всем антибиотикам в контроле культуры в среднем равна 27,17мм. К тем же антибиотикам из СКС 27,83мм ($\Delta=0,66$ мм), из МХБ 28,83мм ($\Delta=1,66$ мм). Т.о, прослеживается увеличение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам после экспозиции с НА в течение пяти суток.

При исследовании агглютинирующей способности НА установлено, что НА агглютинируют дрожжеподобные грибы рода *Candida* и некоторые микроорганизмы. Обращает на себя внимание то, что агглютинация наиболее интенсивно проходит с грибами рода *Candida* и Гр(+) микроорганизмами, с Гр(-) микроорганизмами агглютинация либо не происходит, либо происходит позже.

Выводы:

1. Наноалмазы не обладают бактерицидными и бактериостатическими свойствами;
2. НА не влияют на морфо-тинкториальные свойства микроорганизмов;
3. НА не влияют на выживаемость микроорганизмов после экспозиции микроорганизмов с НА в жидких питательных средах в течение 5-60 суток, но возможно способствуют сохранению микроорганизмов (обладают консервирующими свойствами) в условиях дефицита питательного субстрата;
4. При поверхностном нанесении НА снижают выживаемость микроорганизмов;
5. НА увеличивают чувствительность микроорганизмов к антибиотикам;
6. НА способны вызывать агглютинацию грибов рода *Candida* и Гр(+) бактерий. Агглютинация Гр(-) микроорганизмов выражена слабее, происходит позже, или совсем отсутствует.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дегерменджи А.Г. Детонационные наноалмазы: новые наноматериалы и нанотехнологии для биологии и медицины. // «Наука в Сибири», №50 (2635), 27.12.2007. С. 7.
2. Лазаренко Л.И., Жуков Е.Л., Кругом С.В. и др. Эффект действия детонационных наноалмазов на здоровые ткани пародонта животных и при воспалительно-деструктивных изменениях. // Сибирское медицинское обозрение. – 2008. – №6 (54). – С. 27-31.

УДК 611 : 681.3

СПОСОБ СОЗДАНИЯ МЕДИА-ПРИЛОЖЕНИЯ К КУРСУ «АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА»

Белодедова А. С.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра анатомии человека*

Кафедра медицинской информатики и инновационных технологий

Научные руководители: к.м.н., доц. Вахтина Л. Ю., асс. Кичигина Е. И.

Современный персональный компьютер является уникальной по своим возможностям обучающей машиной. Он находит применение в обучении самым разнообразным дисциплинам и служит базой для создания большого числа новых информационных технологий обучения. Возможности персонального компьютера включают сочетания интерактивного режима работы, «персональности», хороших графических и иллюстративных возможностей, простоты управления, легкости регистрации и хранения информации о процессе обучения и работе студента, а также возможности копирования, модификации и размножения обучающих программ.

Технические возможности персонального компьютера, если компьютер используется как обучающее средство, позволяют активизировать учебный процесс, индивидуализировать обучение, повысить наглядность в предъявлении материала, сместить акценты от теоретических знаний к практическим, повысить интерес студентов к обучению.

Компьютерные технологии широко используются в процессе изучения дисциплины «Анатомия человека». Лекционный курс полностью оснащен мультимедиа-презентациями; в компьютерном классе кафедры анатомии человека создана база тестовых заданий для текущего, промежуточного и итогового контроля знаний студентов; для самостоятельной внеаудиторной работы студентов собран комплекс медиа-программ по различным разделам курса. При этом в компьютерном классе кафедры анатомии человека отсутствуют программы тренировочного типа, предназначенные для закрепления полученных знаний.

Цель нашей работы – создание медиа-приложения к курсу «Анатомия человека» для самостоятельной аудиторной и внеаудиторной работы студентов, направленной на повторение и закрепление изученного материала.

Для достижения указанной цели поставлены следующие задачи:

1. Определить темы и разделы курса, вызывающие наибольшее затруднение у студентов при изучении дисциплины «Анатомия человека».
2. Подобрать иллюстрационный материал.
3. Разработать структуру медиа-приложения тренировочного типа.
4. Подготовить демонстрационную модель на основе раздела «Опорно-двигательный аппарат».

Материал и методы. Материалом для создания обучающей программы являются иллюстрации из учебных пособий по анатомии человека. Метод создания медиа-приложения включает 4 стадии:

1. Разработка сценария обучающей программы: выбор раздела курса, который будет переведен в обучающую программу [1,8], материала информационных кадров [5,9], разработка схемы прохождения программы, системы взаимосвязей между ее отдельными кадрами и фрагментами.
2. Ввод в компьютер отдельных кадров будущей программы, формирование контролирующих фрагментов: вариантов ответов и способов анализа правильности ответов [2,6].
3. Связывание отдельных элементов обучающей программы в целостную диалоговую систему, установление взаимосвязей между кадрами, окончательная доводка программы [3,7].
4. Сопровождение программы во время ее эксплуатации, внесение в нее исправлений и дополнений, необходимость которых обнаруживается при ее использовании в реальном процессе обучения.

Результатом проделанной работы стало создание медиа-приложения по разделу «Опорно-двигательный аппарат головы и шеи». Разработана структура программы, включающая разделы: оглавление, описание работы с программой, слайды с иллюстрациями, оформленные русской и латинской терминологией (рис.1).



Рис. 1. – Слайд программы с русской терминологией

Для работы со слайдом необходимо распределить цифры, обозначающие анатомические образования, в соответствующие клеточки. Если ответ правильный, рамка клеточки становится зеленой, а если неправильный – красной. Когда все цифры будут расставлены правильно, в верхнем левом углу загорится надпись «Верно!» и можно переходить к следующему слайду.

Таким образом, обучающие программы к курсу «Анатомия человека» стимулирует интерес студентов к изучению дисциплины, дают возможность контролировать и оценивать свои знания, расширяют возможности внеаудиторной самостоятельной работы студентов. Создаваемое медиа-приложение позволит осуществлять самоконтроль студентом знания латинской терминологии. Иллюстрации подобраны по топографическому принципу, что дает возможность студентам систематизировать, обобщать и закреплять полученные знания с помощью данного медиа-приложения. Предложенная обучающая программа проста в применении и не требует специальной технической подготовленности студентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Билич Г.Л., Крыжановский В.А.//Анатомия человека. - Москва, 2006. – С.166-220
2. Буч Г., Максимчук Р.А., Энгл М.У. Объектно-ориентированный анализ и проектирование с примерами приложений (UML 2) // Киев, изд-во «Вильямс». - 2008. - 720 с.
3. Керниган Б.У., Пайк Р. Практика программирования // Киев, изд-во «Вильямс». - 2004. – 288с.
4. Кармайкл Э., Хейвуд Д. Быстрая и качественная разработка программного обеспечения // Киев, изд-во «Вильямс». – 2003. – 400 с.
5. Нетер Ф.//Атлас анатомии человека. - Москва, 2003. – С.20.
6. Новожилов О.П. Основы компьютерной техники // М., изд-во «РадиоСофт». – 2008. – 456 с.
7. Поликарпова Н., Шальго А. Автономное программирование // С.-Пб., изд-во «Питер». – 2009. – 176 с.
8. Сапин М.Р., Билич Г.Л.//Анатомия человека. - Москва, 2008. – Т.1. – С.191-306.
9. Синельников Р.Д.//Атлас анатомии человека. – Москва, 1967. - Т.1. – С.192.

ФАРМАКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ НОМЕНКЛАТУРЫ РЕЗЕРВА МЕДИЦИНСКОГО ИМУЩЕСТВА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ДЛЯ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Белоусова Е. А.

Уральская государственная медицинская академия

Кафедра фармации

Научные руководители: д.ф.н., проф. Петров А. Ю., доц. Мельникова О. А.

Цель: разработка методики анализа номенклатуры резерва для ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций с выявлением доли производителей российских и зарубежных лекарственных средств

Материалы и методы: Материалом исследования являлся Приказа Минздравсоцразвития № 253 от 04.04.2006 года « Об утверждении положения о резерве медицинского имущества Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации для ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, номенклатуры и объемов резерва медицинского имущества Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации для ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций». Данный законопроект был подвергнут анализу с фармако- экономической точки зрения, также был проведен анализ доли лекарственных средств отечественного производителей и доли лекарственных средств зарубежных производителей.

Результаты: Анализ проводился несколькими этапами.

1. Каждому непатентованному наименованию лекарственного средства были сопоставлены несколько торговых наименований, разных производителей, но с одинаковым сроком годности. Например, Трамадол, раствор для инъекций 5% 2,0 производители (Московский эндокринный завод ФГУП Россия и KRKA Словения)

2. Из государственного реестра цен на лекарственные препараты была взята цена за единицу лекарственного средства ампулу, фл и т.п., общий срок годности препарата.

3. Исходя из общего срока годности, вычислялся срок хранения в резерве данного лекарственного средства. Для лекарственных средств с общим сроком годности 4 года, срок хранения в резерве составил 24 мес., 3 года -18 мес, 2 года - 14 мес.

4. Рассчитывался индекс экономичности лекарственных средств, заложенных в резерв. Для этого стоимость ед. лекарственного средства была разделена на срок его хранения в резерве.

В результате исследования было показано, что доля лекарственных средств Российского производителя в резерве составила 80 % от общего числа лекарственных средств, 20% составляла доля импортных лекарственных средств. У каждого непатентованного наименования было проведено исследование торговых наименований и выявлено одно с меньшим индексом экономичности.

Выводы: разработана модель фармако-экономического анализа позволяющая выяснить зависимость резерва медицинского имущества Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации для ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций от доли российского и импортного производителя.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Минздравсоцразвития № 253 от 04.04.2006 года « Об утверждении положения о резерве медицинского имущества Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации для ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, номенклатуры и объемов резерва медицинского имущества Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации для ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций».
2. Государственный реестр цен на ЖНВЛС (22 издание, по состоянию на 5 февраля 2008 г.)

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО НИЗКОУСАДОЧНОГО МИКРОГИБРИДНОГО КОМПОЗИЦИОННОГО МАТЕРИАЛА FILTEK SILORANE ДЛЯ РЕСТАВРАЦИИ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ

Бельдягина М. М., Сайпеев К. А., Власова М. И.

Уральская государственная медицинская академия

Кафедра протезной и физиотерапии стоматологических заболеваний

Научный руководитель: к.м.н., доцент Мандра Ю. В.

Полимеризационная усадка композиционных материалов до сих пор является основной проблемой и достигает 2-5% для большинства материалов и 1,6-2% для композитных материалов с редуцированной усадкой, таких как Filtek Z-250//3M ESPE, Solitaire 2//Heraeus Kulzer, QuiXfil//Dentsply [2,4]. Полимеризационная усадка вызывает появление сил, действие которых на стенки полости зуба ведет к появлению напряжений на границе пломбы, в результате чего возникает постпломбировочный стресс [1,3]. Данные явления приводят к эффекту дебондинга, то есть нарушению адгезии на границе композит - твердые ткани зуба. Последствиями полимеризационной усадки и постпломбировочного стресса материала может являться ряд клинических проблем: появление микроподтеканий, микротрещин эмали, постоперационной чувствительности, возникновение вторичного кариеса [2,3].

Для минимизации последствий усадки и полимеризационного стресса пломбировочного материала компанией 3M ESPE в конце 2007 года был разработан композиционный материал Filtek Silorane. Силораны - это совершенно новый класс композиционных материалов в стоматологической практике. Название «силоран» происходит от названий его составных частей – силоксана и оксирана. Комбинация этих двух компонентов дает биосовместимую, гидрофобную и малоусадочную органическую основу материала Filtek Silorane. Наполнитель в материале Filtek Silorane представлен комбинацией кварцевых частиц и рентгеноконтрастной фториды иттрия [4,5].

Процесс полимеризации силорановой смолы принципиально отличается от линейных реакционных групп метакрилатов и начинается с катионного размыкания цикла. Кольцевые мономеры соединяются благодаря их раскрытию, распрямлению и вытягиванию навстречу друг другу. В процессе размыкания объем увеличивается, что компенсирует его уменьшение на следующей стадии полимеризации – образования химической связи [5,6].

Система Filtek Silorane представляет собой светоотверждаемый рентгеноконтрастный микрогибридный композиционный материал, выпускающийся в оттенках A2, A3, B2, C2. Все оттенки рентгеноконтрастны. Для обеспечения оптимальной адгезии материала Filtek Silorane к поверхности эмали и дентина зуба был разработан специальный самопротравливающий адгезив материала Silorane System Adhesive, состоящий из праймера и адгезива. Праймер Silorane (System Adhesive Self-Etch Primer) является гидрофильным, что обеспечивает прочную и долговечную адгезию к тканям зуба. Бонд Silorane (Silorane System Adhesive Bond) оптимизирован для смачивания и адгезии к гидрофобному материалу Filtek Silorane [4,5,6].

Показания к применению Filtek Silorane, в комбинации с адгезивом Silorane, заявленные фирмой производителем: прямое восстановление полостей постоянных зубов I, II класс по Блэку [4,5,6]. Отдаленных результатов клинического использования низкоусадочного композиционного материала в доступной литературе мы не обнаружили.

Целью нашего исследования являлось оценить эффективность клинического применения нового низкоусадочного микрогибридного композиционного материала Filtek Silorane при реставрации кариозных полостей I, II класс по Блэку жевательных зубов на протяжении года наблюдения и сравнить с другими композиционными материалами.

Материал и методы исследования. Клиническое обследование и лечение проводилось у 38 соматически сохраненных больных в возрасте от 18 до 35 лет с локализацией кариозных полостей на жевательных и контактных поверхностях боковой группы зубов (I, II класс по Блэку). Обследование включало расспрос, осмотр, зондирование, перкуссию, термopобу, определение уровня резистентности зубов к кариесу (методика В. Б. Недосеко), оценку гигиенического состояния полости рта (УИГ), определение состояния жизнеспособности пульпы аппаратом ОСП (Аверон), компьютерное определение цвета на аппарате Vita Easy Shade.

Комплексное лечение пациентов предусматривало обучение правильной чистке зубов и контроль гигиены полости рта, подбор индивидуальных средств гигиены (зубная щетка, зубная паста, флосс), профессиональную гигиену полости рта, а также пломбирование кариозных дефектов.

Методом случайной выборки больные были разделены на три группы. В первой исследуемой группе в качестве пломбировочного материала применяли низкоусадочный микрогибридный композиционный материал Filtek Silorane//3M ESPE, во второй использовали традиционный микрогибридный композиционный материал Filtek Z-250//3M ESPE, в третьей – пакуемый гибридный композиционный материал Filtek P-60//3M ESPE.

Всего было наложено 96 пломб. В 62 зубах диагностировали средний кариес, в 24 зубах – глубокий.

Для клинической оценки пломб была использована «Методика сравнительной оценки» Д.М. Каральника-А.Н. Балашова и «Система оценки качества реставраций» И.М. Макеевой. Оценку пломб проводили в сроки 1, 3, 6, 12 месяцев после реставрации. Во все сроки проводилось определение соответствия цвета пломбы тканям зуба визуально и с помощью аппарата для компьютерного определения цвета Vita Easy Shade по шкале VITAPAN Classic.

Для оценки качества пломб использовали следующие клинические критерии: сохранность пломбы, витальность зуба, качество контактных пунктов, состояние краевого прилегания, наличие рецидива кариеса, наличие гиперестезии зуба. Из эстетических параметров - нарушение цветовой гаммы, изменение рельефа, отсутствие «сухого блеска», наличие пигментации по краю пломбы. Общая оценка всех критериев позволяла выделить удовлетворительные (среди них «отличные», «хорошие», «удовлетворительные») и «неудовлетворительные» пломбы.

Достоверность полученных результатов была оценена методом Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение. Показатели клинической оценки качества пломб в сроки наблюдения 1, 3, 6, 12 месяцев представлены в таблицах 1, 2, 3.

Таблица 1

Данные клинических исследований качества пломб из материала Filtek Silorane (%)

Сроки (мес.)	Средний кариес				Глубокий кариес			
	Отл.	Хор.	Уд.	Неуд.	Отл.	Хор.	Уд.	Неуд.
1 мес.	100	–	–	–	100	–	–	–
3 мес.	100	–	–	–	100	–	–	–
6 мес.	94	3	3	–	94	3	3	–
12 мес.	91	6	3	–	91	3	6	–

Таблица 2

Данные клинических исследований качества пломб из материала Filtek Z-250 (%)

Сроки (мес.)	Средний кариес				Глубокий кариес			
	Отл.	Хор.	Уд.	Неуд.	Отл.	Хор.	Уд.	Неуд.
1 мес.	100	–	–	–	100	–	–	–
3 мес.	100	–	–	–	100	–	–	–
6 мес.	85	9	6	–	82	9	9	–
12 мес.	82	9	6	3	79	6	6	9

Таблица 3

Данные клинических исследований качества пломб из материала Filtek P-60 (%)

Сроки (мес.)	Средний кариес				Глубокий кариес			
	Отл.	Хор.	Уд.	Неуд.	Отл.	Хор.	Уд.	Неуд.
1 мес.	100	–	–	–	100	–	–	–
3 мес.	100	–	–	–	100	–	–	–
6 мес.	94	4	3	–	94	3	3	–
12 мес.	88	6	3	3	88	3	3	6

Анализируя полученные данные клинической оценки пломб, выявлено, что наилучшие результаты получены через месяц и три месяца после пломбирования - 100% сохранность пломб во всех исследуемых группах (таблица 1,2,3). При пломбировании композиционными материалами Filtek Supreme XT и Filtek P-60 у больных с низким уровнем резистентности в 4% случаях лечения среднего кариеса и 8% случаях лечения глубокого кариеса возникла постоперационная гиперэстезия, что также повлияло на появление «хороших» результатов в данной группе в сроки до 1 месяца наблюдения. Подобных эффектов при оценке пломб из Filtek Silorane не отмечалось, что мы связываем с применением собственной самопротравливающей адгезивной системы материала.

Через полгода и год наблюдения отмечено уменьшение количества отличных пломб, появление хороших, удовлетворительных пломб, нуждающихся в коррекции, во всех исследуемых группах (таблица 1,2,3). Наибольшее количество неудовлетворительных результатов (до 21%) наблюдалось в группе, где пломбировали Filtek Z-250 глубокие кариозные полости у больных с низкой резистентностью к кариесу. Неудовлетворительное качество пломб было связано не только с изменением цвета, но и с изменением анатомической формы (отколы), нарушением краевого прилегания, возникновением рецидива кариозного процесса и в 1 случае – выпадением пломбы. Данные клинической оценки были подтверждены показателями электрометрии, которые также возросли ($5,54 \pm 0,03$ мкА) и достоверно отличались от показателей в других исследуемых группах.

Наименьшее количество отрицательных результатов во все сроки наблюдения отмечалось в группе больных, где в качестве пломбировочного материала использовали Filtek Silorane. Средние показатели краевой проницаемости в данной группе были в пределах $1,17 \pm 0,02$ мкА через год наблюдения.

Во все сроки наблюдения при определении соответствия цвета пломбы тканям зуба с применением аппарата Vita Easy Shade выявлено полное совпадение цветовых оттенков применяемых материалов Filtek Z-250, Filtek P-60, Filtek Silorane показаниям прибора. Случаев снижения качества пломбы вследствие выявленного дисколорита не наблюдалось.

Выводы

1. Результаты проведенного клинического и электрометрического исследования свидетельствуют об эффективном использовании в качестве пломбировочного материала для жевательных зубов нового материала Filtek Silorane.

2. По сравнению с традиционным микрогибридным композиционным материалом Filtek Z-250 были выявлены механические преимущества материала Filtek Silorane, повышенная стойкость к окклюзионной нагрузке, отсутствие постпломбировочной гиперэстезии вследствие применения самопротравливающей адгезивной системы и низкой усадки Filtek Silorane, улучшение сохранности пломб, особенно у больных с низким уровнем резистентности к кариесу в течение года наблюдения.

3. По сравнению с пакуемым гибридным композитом Filtek P-60 выявлены эстетические преимущества Filtek Silorane, отсутствие чувствительности зубов после пломбирования, улучшение сохранности пломб, особенно у больных с низким уровнем резистентности к кариесу в течение года наблюдения.

4. Полученные данные позволяют рекомендовать новый малоусадочный микрогибридный пломбировочный материал Filtek Silorane для восстановления жевательных зубов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Макеева И.М. Отдаленные результаты восстановления фронтальных зубов композитными материалами светового отверждения [Текст]/ И.М.Макеева, Г.Н.Шелеметьева, А.Ю.Туркина// Стоматология, 2002, № 5. - с.41-44.
2. Максимовский Ю.М. Современные пломбировочные материалы в клинической стоматологии. Учебное пособие [Текст]/Ю.М. Максимовский, Т.В. Ульянова, Н.В.Заблочная. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. -48с.: ил.
3. Николаев А.И. Практическая терапевтическая стоматология. Учебное пособие [Текст]/ А.И.Николаев, Л.М.Цепов.- М., Медпресс-информ, 2007. - 928 с.
4. Салова А.В. Особенности эстетической реставрации в стоматологии: Практическое руководство [Текст]/А.В. Салова, В.М. Рехачев.- СПб.: Человек, 2008. -160с.: ил.
5. Хиора Ж.П. Новое поколение композитов и улучшение качества реставраций боковых зубов [Текст]/Ж.П. Хиора// Проблемы стоматологии, 2008, №2.
6. Хиора Ж.П. Filtek m Silorane 3Mtm ESPtm - представитель нового класса соединений в стоматологии. Учебное пособие. [Текст]/Ж.П. Хиора, М.А. Смирнова.- Санкт-Петербург, 2008. 64с.
7. Шмидседер Д. Эстетическая стоматология. Атлас [Текст]/ Д.Шмидседер. -М.: Медпрессинформ, 2004. -320 с.

УДК 616.314.14-009.611:615.849.19

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИОДНОГО ЛАЗЕРА

Бельдягина М. И., Сайпеев К. А., Власова М. И., Димитрова Ю. В.

Уральская государственная медицинская академия

Кафедра пропедевтики и физиотерапии стоматологических заболеваний

Научный руководитель: к.м.н., доцент Мандра Ю. В.

Актуальность. Повышенная чувствительность зубов к термическим, тактильным, химическим раздражителям - достаточно распространенное состояние у больных с заболеваниями пародонта, и по данным различных авторов составляет 41-65% [Collaert B., Coleman T.A., 2000]. У больных с некариозными поражениями твердых тканей зубов, в том числе повышенной стираемостью зубов, гиперэстезия чаще носит генерализованный характер и встречается в 82-90% случаев [Алексеева В.А., Брозголь А.М., Вросса J., Molnar Z., 2002]. Достаточно часто отмечается сочетание данных заболеваний [1]. Болезненная реакция при этом может быть связана с обнажением дентина вследствие рецессии десны, убыли твердых тканей, раскрытия дентинных каналов и нервных окончаний, воспринимающих физические, химические и тактильные раздражения. Средства, методики индивидуальной и профессиональной гигиены полости рта (механическое, пескоструйное, ультразвуковое удаление зубных отложений) также могут способствовать возникновению или усилению гиперэстезии зубов [5].

При наличии фасеток стирания с обнажением дентина, клиновидных дефектов твердых тканей и эрозий в пришеечной области чаще всего используют реставрацию полости с применением современных адгезивных систем, композиционных материалов, компомеров и стеклоиономерных цемента. Особенно эффективны наноуплотненные и содержащие

фториды пломбировочные материалы и адгезивные системы. При отсутствии выраженной убыли твердых тканей используют герметики-десенсиайзеры на основе низконаполненных смол (Seal&Protect//Dentsply, GlumaDesensitizer), минеральные герметизирующие составы (препараты глубокого фторирования) [3,6].

Существуют также литературные данные об эффективности магнитной, низкоинтенсивной лазерной рефлексотерапии для лечения гиперэстезии зубов [2,4].

Цель исследования - оценка эффективности высокоинтенсивной лазеротерапии для коррекции гиперэстезии у больных с повышенной стираемостью зубов на фоне имеющихся заболеваний пародонта.

Материалы и методы. В многопрофильной стоматологической поликлинике УГМА проведено обследование и комплексное лечение 43 больных с повышенной стираемостью зубов легкой (25 человек) и средней (18 человек) степени тяжести с сопутствующим хроническим генерализованным пародонтитом, предъявлявшим жалобы на повышенную чувствительность обнаженного дентина зубов к температурным и химическим раздражителям.

Обследование включало:

1. основные клинические методы (расспрос, осмотр),
2. зондирование (определение тактильной чувствительности ватным шариком и зондом),
3. определение гигиенических и пародонтальных индексов (ОHI-S, РМА, ПИ),
4. электроодонтометрию зубов на аппарате Digitest,
5. термопробу (водной и воздушной струей),
6. ортопантомографию,
7. компьютерную диагностику Florida Probe по показаниям.

Пациентам также была предложена разработанная нами анкета, в которой давалась субъективная оценка болевым ощущениям до и после лазеротерапии, а также оценивалось десенсиайзерное действие лазерного излучения. В анкете нашел отражение психометрический метод оценки интенсивности боли.

До начала исследования со всеми пациентами проводили занятия обучения индивидуальной гигиене полости рта с подбором средств, способствующих снижению чувствительности, профессиональную гигиену и оценивали степень выраженности гиперэстезии зубов.

Методом случайной выборки больные были разделены на 2 группы: исследуемую и контрольную. В план комплексного лечения исследуемой группы больных после проведения профессиональной гигиены полости рта был добавлен курс высокоинтенсивной лазерной терапии с помощью аппарата Sirolaser. На фоне комплексного лечения проводилось воздействие светом высокоинтенсивного диодного лазера Sirolaser//Sirona на чувствительные зоны 62 зубов. При использовании Sirolaser был установлен непрерывный режим, мощность 1,5 Вт, длина волны 970 нм, световод 320 мкм. Процедура воздействия на чувствительные зоны проводилась бесконтактно в течение 20-30 секунд на каждый зуб (подбор дозы проводился экспериментально методом сканирующей электронной микроскопии образцов). После процедуры производили флюоризацию лаком Fluocale solute. Пациентам рекомендовали применение паст, снижающих чувствительность зубов. Контрольный осмотр осуществляли через неделю, 1, 3, 6 месяцев.

Результаты исследования. При обращении все пациенты предъявляли жалобы на повышенную чувствительность различных групп зубов (чаще фронтального отдела нижней и верхней челюсти). Болевые ощущения возникали от термических (94%), химических (42%) и механических (33%) раздражителей. Объективное исследование подтвердило данные расспроса больных. Статистически значимых отличий по объективным данным, индексной оценке, дополнительному обследованию при первичном осмотре в основной и контрольной группе не выявлено (таблица 1).

Следующий осмотр проводился после коррекции гиперэстезии диодным лазером по описанной выше методике в исследуемой группе через 1 неделю после первичного обращения. У пациентов обеих групп после проведения профессиональной гигиены и обучения навыкам индивидуальной гигиены улучшилось гигиеническое состояние полости рта, достоверно уменьшились показатели индексной оценки. В исследуемой группе также отмечалось достоверное уменьшение чувствительности пульпы к электрическому току (таблица 1). Значения показателей электроодонтометрии стали достоверно меньше, в среднем, на $24,65 \pm 0,6$ усл. единиц измерения. Анализируя данные проведенного исследования и анкетирования, у больных исследуемой группы выявлено снижение температурной чувствительности в 85% случаях и чувствительности на механические раздражители в 92% случаях.

Повторный прием пациентов был проведен через 1, 3, 6 месяцев. Показатели индексной оценки снизились в обеих группах, что свидетельствует об улучшении состояния пародонта. Чувствительность зубов также уменьшилась в обеих группах. Однако в исследуемой группе количество пациентов, предъявлявших жалобы на гиперэстезию, уменьшилось на 67%, а во второй группе – на 92%. Результаты анкетирования подтверждаются данными электроодонтометрии, которая свидетельствует о достоверно большем снижении чувствительности зубов в группе больных после лазеротерапии (таблица 1).

Таблица 1

Показатели индексной оценки и электроодонтометрии в контрольной и исследуемой группах

	Контрольная группа				Исследуемая группа				p
	OHI-S	PMA	PBI	Digitest	OHI-S	PMA	PBI	Digitest	
До лечения	2,34±0,37	41,85±4,92	1,42±0,18	14,8±2,4	2,42±0,64	38,53±1,75	1,41± 0,04	15,9± 0,56	p>0,05
1 нед.	1,28± 0,23	18,56± 1,34	0,81± 0,09	15,3± 2,7	1,31± 0,22	17,64± 0,31	0,82± 0,02	39,4± 0,94	OHI-S, PMA, PBI – p>0,05 Digitest - p<0,05

1 месяц	1,14± 0,20	14,96± 1,11	0,76± 0,09	29,3± 1,8	1,09± 0,15	16,25± 0,14	0,72± 0,01	49,1± 0,95	OHI-S, PMA, PBI – p>0,05 Digitest - p<0,05
3 месяца	0,76± 0,15	12,02± 0,98	0,64± 0,08	25,6± 1,3	0,77± 0,13	11,12± 0,27	0,66± 0,01	46,2± 0,96	OHI-S, PMA, PBI – p<0,05 Digitest - p<0,05
6 месяцев	0,62± 0,09	16,44± 1,92	0,62± 0,08	24,7± 1,9	0,58± 0,07	14,19± 0,31	0,54± 0,01	48,1± 0,83	OHI-S, PMA, PBI – p<0,05 Digitest – p<0,05

Результаты нашего исследования позволили сделать следующие выводы

Выводы:

1. Применение высокоинтенсивной лазеротерапии в комплексном лечении повышенной стираемости зубов на фоне заболеваний пародонта целесообразно и эффективно, так как способствует снижению чувствительности зубов;
2. Десенсибилизирующее действие высокоинтенсивной лазеротерапии аппаратом Sirolaser доказывается данными объективной оценки и анкетирования больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Каламкарров Х.А. Ортопедическое лечение патологической стираемости твердых тканей зубов. Учебное пособие [Текст]/ Х.А. Каламкарров. - М., Медицинское информационное агентство, 2004. - 176 с.
2. Карпунина А.В. Методика лечения гиперчувствительности дентина с помощью лазерной и магнитной рефлексотерапии гелий-неоновым лазером. [Текст]/ А.В. Карпунина.- М., Медицина, 1997.
3. Лукиных Л.М. Болезни пародонта. Клиника, диагностика, лечение и профилактика. Руководство [Текст]/ Л.М.Лукиных, Е.Н. Жулев, И.Н.Чупрунова.- Издательство НГМА, Нижний Новгород, 2005.- 322 с.
4. Муравьянникова Ж.Г. Основы стоматологической физиотерапии [Текст]/ Ж.Г.Муравьянникова.- Ростов-на-Дону, Феникс, 2003.- 320 с.
5. Орехова Л.Ю. Основы профессиональной гигиены полости рта: методические указания [Текст]/ Л.Ю.Орехова, Е.Д.Кучумова, Я.В.Стюф и др. – С-Петербург: Поли Медиа Пресс, 2004.– 56с.
6. Ронь Г.И. Гиперестезия зубов в вопросах и ответах. [Текст]/ Г.И. Ронь. – Екатеринбург, УГМА, 2008. -80 с.

УДК 616.314-084.3

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПАСТ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Бельдягина М. М., Сайпеев К. А.

Уральская государственная медицинская академия

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

Научный руководитель: к.м.н., доц. Ожгихина Н. В.

Первичная профилактика стоматологических заболеваний, в первую очередь кариеса зубов, должна являться приоритетным направлением в развитии стоматологии. Уровень стоматологического здоровья конкретного человека во многом определяется качеством проведения индивидуальной гигиены полости рта, так как в результате этой процедуры ликвидируется основной кариосогенный и пародонтогенный фактор – зубная бляшка[1].

В настоящее время населению доступен широкий ассортимент средств гигиены полости рта различных фирм-производителей. В первую очередь правильный выбор зубной пасты способствует повышению эффективности этиотропной профилактики кариеса и заболеваний пародонта. Ассортимент и объем рекламы средств гигиены полости рта постоянно увеличивается, что приводит к появлению затруднений в выборе данных средств и методах их использования у пациентов, поэтому исследования, направленные на изучение их эффективности, остаются актуальными[2].

Цель исследования - определение эффективности очистки зубов у студентов 18-19 лет от зубного налета и зубной бляшки; уменьшение интенсивности воспалительных изменений в слизистой оболочке десны.

Исследовались следующие образцы зубных паст:

1. Зубная паста Blend-a-med Complete 7 нежная мята (Procter & Gamble). Содержит фториды, триклозан, пирофосфат, обладает противомикробным, противовоспалительным, противотартарным, противокариозным и противогалитозным действием.
2. Зубная паста Blend-a-med Calci-Stat свежая мята (Procter & Gamble). Обладает противокариозным действием, способствует реминерализации эмали.
3. Зубная паста R.O.C.S. двойная мята фирм (WDS, ООО «ЕвроКосМед»). Содержит комплекс MINERALIN®: бромелаин, глицерофосфат кальция, хлорид магния, ксилит. Обладает противовоспалительным и противокариозным действием.

Материал исследования - В исследовании участвовали студенты второго курса биологического факультета Уральского Государственного Университета им. Горького, стоматологического факультета Уральской Государственной Медицинской Академии в возрасте 18-19 лет, всего 78 человек.

Все студенты были разделены на три группы:

1. Группа №1: 31 человек. Исследование зубной пасты R.O.C.S. двойная мята.
2. Группа №2: 24 человека. Исследование зубной пасты Blend-a-med Calci-Stat свежая мята.

3. Группа №3: 23 человека. Исследование зубной пасты Blend-a-med Complete 7 нежная мята.

Проводили исследование студентов с определением состояния твердых тканей зубов, состояния тканей пародонта, гигиены полости рта. Полученные данные заносили в карту обследования. После обучения правилам гигиены полости рта обследуемые получили зубную пасту и зубную щетку и рекомендации по чистке зубов (чистить зубы 2 раза в день утром после завтрака и перед ночным сном в течение 3-4 минут с помощью стандартной методики чистки зубов). Спустя 1 месяц проводили повторное обследование.

Методы исследования - В исследовании оценивались следующие показатели:

1. Показатель интенсивности кариеса КПУ.
2. Гигиенический индекс ОНI-S (индекс Грина-Вермиллиона)-оценка количества зубного налета.
3. Индекс эффективности гигиены полости рта – количественная оценка зубного налета.
4. Индекс гингивита (РМА в модификации Parma) - оценка тяжести гингивита.
5. Индекс нуждаемости в лечении заболеваний пародонта (CPITN)/

Результаты исследования: Заболеваемость кариесом у молодых людей 18-19 лет оценивали по индексу КПУ. В среднем индекс КПУ зубов составил 7,81 (рис.1), что соответствует средней или высокой интенсивности кариеса.

С целью изучения очищающей способности зубных паст было проведено изучение динамики показателей гигиенических и пародонтальных индексов. Исходные показатели сравнивались с полученными показателями после одномесячной ежедневной двухразовой чистки зубов данными пастами в домашних условиях (таб.1)

Средний исходный показатель гигиены полости рта у обследуемых составил 0,75, что соответствует хорошему уровню гигиены полости рта. Значение данного индекса в обследуемых группах практически одинаковое (рис.2).

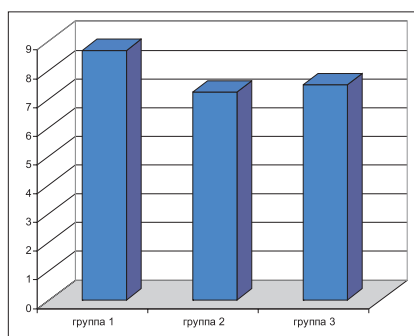


Рис. 1. – Показатели индексов КПУ в сравниваемых группах

Таблица 1

Результат изучения динамики индекса ОНI-S спустя 1 месяц применения исследуемых паст

Группы	Гигиенический индекс ОНI-S, средний показатель в баллах		
	первый осмотр	через 1 месяц	эффективность, %
1.	0,74	0,53, P1<0,05	28,3
2.	0,75	0,46, P1<0,05	38,6, P2<0,05
3.	0,76	0,50, P1<0,05	34,2, P2<0,05

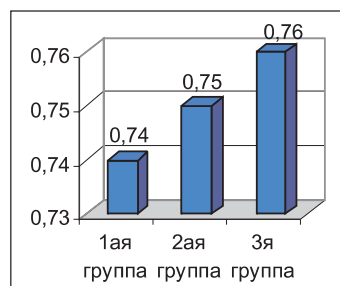


Рис. 2. – Показатель гигиены полости рта у обследуемых

Спустя 1 месяц использования зубных паст выявлено, что индекс гигиены в первой группе уменьшился на 28,3% и стал равен 0,53 баллам, что соответствует хорошей гигиене полости рта. Эффективности применения пасты во второй группе составила 38,68%, что соответствует 0,46 баллам. В группе № 3 индекс гигиены уменьшился на 34,2% и стал равен 0,50 баллам, что также соответствует хорошей гигиене полости рта.

Таким образом, изучение динамики гигиенического индекса в группах 1,2 и 3 показало, что зубная паста применяемая в группе 2, обладает более выраженными очищающими свойствами.

Средний показатель индекса эффективности гигиены полости рта составил 1,05, что соответствует удовлетворительному уровню гигиены. Спустя 1 месяц данный индекс в среднем составил уже 0,77.

Таким образом, в течение непродолжительного времени эффективность гигиены исследуемыми пастами составила 26,3%. При этом наиболее выраженным очищающим эффектом обладала зубная паста, которую использовали обследуемые группы № 2 (таб. 2).

Таблица 2

Динамика показателей индекса эффективности гигиены полости рта у обследуемых

Группы	Индекс эффективности гигиены полости рта (РНР)		
	первый осмотр	через 1 месяц	эффективность, %
1.	1,07	0,82, P1<0,05	23,3
2.	1,15	0,80, P1<0,05	30,43, P2<0,05
3.	0,94	0,70, P1<0,05	25,53, P2<0,05

Влияние зубных паст на состояние тканей пародонта оценивали с использованием индекса гингивита (РМА) и индекса нуждаемости в лечении заболеваний тканей пародонта (СРITN).

Средний исходный показатель тяжести гингивита составил 9,08%, что соответствует легкой степени гингивита. При этом индекс РМА достоверно отличается в группе 1 по сравнению с группами 2 и 3 (на 20,2% и 30,2% соответственно).

Спустя 1 месяц отмечено изменение значений данного показателя в сторону уменьшения в группах 1 и 2, а также в сторону увеличения в группе 3 (таб. 3).

Таблица 3

Динамика показателей индекса РМА у обследуемых

Группы	Индекс РМА		
	первый осмотр	через 1 месяц	эффективность, %
1.	7,39	5,92, P1<0,05	19
2.	9,27	6,44, P1<0,05	30,5, P2<0,05
3.	10,59	11,15, P1<0,05	—

Как видно из данных приведенных в таблице 3, наибольшее снижение индекса гингивита отмечается в группе 2. Увеличение значения индекса гингивита в группе 3 статистически не достоверно. Однако в данной группе не отмечается эффект от применения зубной пасты со стороны слизистой оболочки десны.

При изучении индекса нуждаемости в лечении заболеваний пародонта (СРITN) во всех группах отмечено снижение данного показателя (таб. 4).

Таблица 4

Динамика показателей индекса СРITN у обследуемых

Группы	Индекс РМА		
	первый осмотр	через 1 месяц	эффективность, %
1.	0,96	0,80, P1<0,05	16,6
2.	0,75	0,47, P1<0,05	37,3, P2<0,05
3.	0,91	0,85, P1<0,05	6,6, P2<0,05

Как видно из приведенных данных, исходный показатель индекса СРITN с средним составил 0,87, это соответствует необходимости улучшения гигиены полости рта. Через 1 месяц средний показатель СРITN составил 0,70. Таким образом, несмотря на то, что необходимость в улучшении гигиены полости рта сохраняется, произошло уменьшение значения индекса на 19,5%.

Изучение аллергизирующего и местно-раздражающего действия. После окончания исследования при обследовании слизистой оболочки полости рта: губ, языка, щек, твердого и мягкого неба, дна полости рта, переходных складок, десен проявлений аллергии и местно-раздражающего действия исследуемых зубных паст выявлено не было.

Выводы:

1. В результате изучения исходного состояния полости рта у обследуемых выявлено:
 - средне-высокая интенсивность кариеса;
 - хорошая гигиена полости рта,
 - легкая степень гингивита;
 - индекс СРITN в среднем составил 0,87, что соответствует необходимости улучшения гигиены полости рта.
2. Изучение динамики индекса гигиены полости рта показало, что использование всех зубных паст, участвующих в исследовании, улучшает состояние гигиены полости рта у обследуемых студентов.
3. Изучение динамики гигиенического индекса, показало, что зубная паста Blend-a-med Calci-Stat свежая мята, применяемая в группе 2, обладает более выраженными очищающими свойствами.
4. Улучшение динамики индекса гингивита показало, что использование всех зубных паст участвующих в исследовании, достоверно снижает выраженность клинических проявлений гингивита у обследуемых. Наибольшее снижение индекса гингивита отмечено в группе 2, где использовалась зубная паста Blend-a-med Calci-Stat свежая мята
5. Отмечена положительная динамика индекса СРITN, в течение месяца произошло снижение его среднего значения на 19,5%.
6. В ходе исследования не было выявлено аллергизирующее и местно-раздражающее действие исследуемых зубных паст.

Заключение. Сравнительные исследования зубных паст: R.O.C.S. двойная мята, Blend-a-med Calci-Stat свежая мята и Blend-a-med Complete 7 нежная мята позволили заключить, что данные зубные пасты обладают удовлетворительным очищающим и противовоспалительным действием. Как показали исследования данные пасты можно рекомендовать к массовому применению у подростков и взрослых людей для улучшения гигиены полости рта.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н. Профилактика стоматологических заболеваний. М.: 2006; 416с.
2. Сунцов В.Г., Леонтьев В.К., Дистель В.А., Вагнер В. Д. Стоматологическая профилактика у детей. Руководство для студентов и врачей. М. Медицинская книга, Н. Новгород, Издательство НГМА. 2001, 110-120.
3. Терехова Т.Н., Попруженко Т.В. Профилактика стоматологических заболеваний: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений по специальности стоматология Мн.: Беларусь, «Стоматология», 2004. - 526с.

УДК 616.31-07:616.31-083:37

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ОРТОДОНТИЧЕСКОГО И ОБЩЕГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ШКОЛЬНИКОВ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ, ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С СОСТОЯНИЕМ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Бельдягина М. М., Мачульская Д. В., Сайпеев К. А.

*Уральская государственная медицинская академия
Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии*

Научные руководители: к.м.н., доц. Мягкова Н. В., к.м.н., доц. Ожгихина Н. В.

Зубочелюстные аномалии имеют широкое распространение среди населения нашего города и страны, они встречаются как у взрослых, так и у детей. Очень важна своевременная диагностика зубочелюстных аномалий и предрасположенности к ним в детском возрасте [2]. На развитие патологии влияет множество факторов: наследственность, наличие вредных привычек, уровень гигиены полости рта, а также уровень соматического здоровья. Плохая гигиена полости рта приводит к высокой интенсивности кариеса, как следствие раннему удалению молочных зубов и возникновению зубочелюстных аномалий [2,3].

Целью исследования. Изучить распространенность зубочелюстной аномалии, уровень гигиены полости рта и распространенность кариеса у детей со сменным прикусом в зависимости от общесоматического здоровья.

Материал исследования. Было проведено обследование школьников 3,4,5 классов МОУ Гимназия № 9, в возрасте от 9 до 11 лет, всего 63 человека.

Осмотр школьников проводился с определением уровня гигиены полости рта, состояния твердых тканей зубов и ортодонтического статуса. Полученные данные заносились в карту обследования. Также каждому пробанду выдавалась анкета, содержащая вопросы по общесоматическому здоровью, для домашнего заполнения родителями.

Уважаемые родители, просим Вас ответить на ряд вопросов, для оценки состояния зубочелюстной системы вашего ребенка		
Ф. И. О. ребенка _____ Дата рождения _____		
Отвечая на вопросы анкеты, необходимо отметить ответ ДА или НЕТ по каждому пункту		
Неправильное положение зубов у родственников (мама, папа, братья, сестры)	ДА	НЕТ
Преждевременное удаление молочных зубов у ребенка	ДА	НЕТ
Чем болел ребенок в возрасте до 3-х лет?	ДА	НЕТ
Заболевания сердца и сосудов	ДА	НЕТ
Заболевания легких (какие)	ДА	НЕТ
Бронхиальная астма	ДА	НЕТ
Заболевания желудочно-кишечного тракта (какие)	ДА	НЕТ
Заболевания печени, гепатит	ДА	НЕТ
Заболевания щитовидной и паращитовидной (какие)	ДА	НЕТ
Сахарный диабет	ДА	НЕТ
Травмы челюстей, лица, зубов	ДА	НЕТ
Сотрясение головного мозга	ДА	НЕТ
Эпилепсия и др. заболевания нервной системы	ДА	НЕТ
Заболевания крови (какие)	ДА	НЕТ
Нарушение свертываемости крови	ДА	НЕТ
Заболевания ЛОР-органов (уша, горла, носа) (какие)	ДА	НЕТ
Заболевания костной системы, суставов (какие)	ДА	НЕТ
Периодически появляются багровые или красные участки на коже, сыпь?	ДА	НЕТ
Инфекционные заболевания (какие)	ДА	НЕТ
Операции (какие)	ДА	НЕТ
Другие заболевания (какие)	ДА	НЕТ
Аллергические заболевания (какие)	ДА	НЕТ
Рахит	ДА	НЕТ
Как часто Вы с вашим ребенком посещаете врача стоматолога? Дата и цель последнего посещения?		

Рис. 1. – Анкета для заполнения родителями

Методы исследования. В исследовании оценивались следующие показатели:

1. Ортодонтический статус (конфигурация и симметрия лица, положение средней линии, форма зубных дуг, положение зубов, стираемость молочных клыков, длина уздечек верхней и нижней губы и языка, класс по Энгля, наличие вертикальной и сагитальной щелей, степень вертикального перекрытия)
2. Показатель интенсивности кариеса КПУ.
3. Гигиенический индекс ОНІ-S (индекс Грина-Вермилиона)-оценка количества зубного налета.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате анкетирования родителей школьников были распределены на группы, соответственно группам здоровья, согласно классификации Виноградовой Т.Ф.:

I группа – дети здоровые, с нормальным развитием и нормальным уровнем функций, и дети, имеющие внешние компенсированные врожденные дефекты развития

II группа – дети здоровые, но с факторами риска по возникновению патологии, функциональными и некоторыми морфологическими отклонениями, хроническими заболеваниями в стадии стойкой клинико-лабораторной ремиссии не менее 3-5 лет, врожденными пороками развития, не осложненными заболеваниями одноименного органа или нарушение его функции, а также со сниженной сопротивляемостью к острым хроническим заболеваниям;

III группа – дети с хроническими заболеваниями и врожденными пороками развития разной степени активности и компенсации, с сохраненными функциональными возможностями;

IV группа – дети, имеющие значительные отклонения в состоянии здоровья постоянного (хронического заболевания в стадии субкомпенсации) или временного характера, но без выраженного нарушения самочувствия, со сниженными функциональными возможностями;

V группа – дети, больные хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, со значительно сниженными функциональными возможностями [1].

Из всего числа школьников 34,9% детей можно отнести к первой группе здоровья, хронические патологии у данной группы детей отсутствуют, возможны редкие легко протекающие острые заболеваний. Ко второй группе здоровья относится 44,4% школьников, так называемая «группа риска», у данной группы детей хронические патологии отсутствуют, возможны продолжительные острые заболевания с последующим затяжным реконвалесцентным периодом. К третьей группе здоровья относится 20,7% школьников, у детей данной группы имеются хронические патологии и врожденные дефекты развития. Снижения функциональных возможностей у детей из данных анкет не выявлено, следовательно, нет школьников относящихся к IV и V группам здоровья (рис. 2)

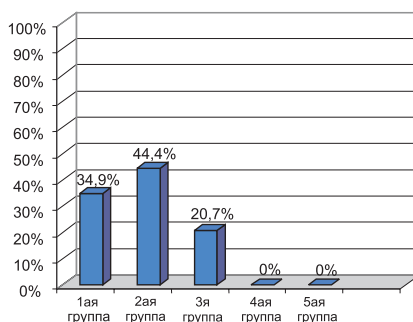


Рис. 2. – Распределение школьников начальных классов по группам здоровья

1. Оценка универсального индекса гигиены. В первой группе здоровья универсальный индекс гигиены полости рта имел значение 0,69, во второй группе здоровья – 0,75, в третьей группе - 0,87 (рис. 3). Средний показатель по индексу ОНІ-S составил 0,77, что оценивается как хороший уровень гигиены.

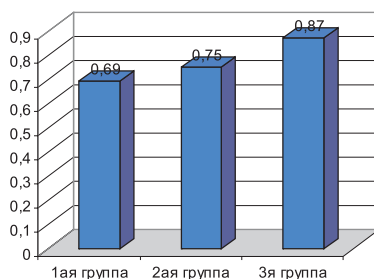


Рис. 3. – Показатель гигиены полости рта у школьников

2. Оценка состояния твердых тканей зубов. Для первой группы здоровья характерна интенсивность кариеса на уровне 6,2 по показателю КПУ, для второй и третьей групп здоровья данный показатель выше и составил соответственно 6,8 и 7,2 (рис. 4). В среднем индекс КПУ зубов составил 6,73, что соответствует средней интенсивности кариеса для детей данного возраста.

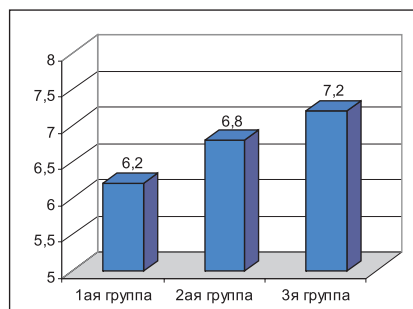


Рис. 4. – Показатель интенсивности кариеса у школьников

3. При оценке ортодонтического статуса школьников учитывался следующий ряд критериев: конфигурация и симметрия лица, положение средней линии, форма зубных дуг, положение зубов, стираемость молочных клыков, длина уздечек верхней и нижней губы и языка, прикус в сагитальной, вертикальной и трансверзальной плоскостях, степень вертикального перекрытия.

Таким образом, в первой группе здоровья 57% школьников имеют выраженную зубочелюстную аномалию, во второй группе данный показатель выше – 71%, в третьей группе здоровья значение показателя самое высокое – 75% (рис. 5).

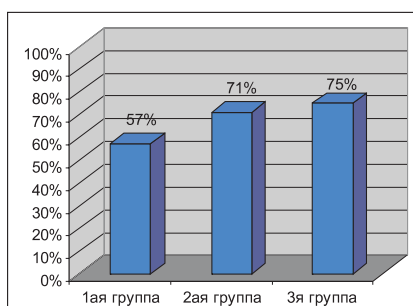


Рис. 5. – Частота встречаемости зубочелюстной аномалии у школьников

Среди нарушений положения зубов чаще всего были выявлены случаи вестибулярного положения зубов, совместно с ротацией, а также скученность зубов различной степени. Из функциональных нарушений выявлен ротовой тип дыхания, что встречалось достаточно редко и характерно для детей третьей группы здоровья -14%, при этом нарушается стереотип дыхания, что играет немаловажную роль в ухудшении гигиены полости рта, повышении распространенности кариеса и зубочелюстных аномалий.

Выводы:

1. Изучение показателей индекса гигиены полости рта показало, что у детей с первой группой здоровья значения данного критерия достоверно лучше, чем у детей двух других групп с более тяжелым соматическим статусом. Средний показатель по индексу универсальному индексу гигиены составил 0,77, что оценивается как хороший уровень гигиены.
2. Интенсивность кариеса более низкая в первой группе здоровья, это объясняется хорошим показателем гигиены полости рта и высокой резистентностью организма пробандов в этой группе.
3. Частота встречаемости зубочелюстных аномалий в первой группе здоровья ниже чем, в группах с более отягощенным общесоматическим статусом, это достоверно подтверждает тот факт, что имеется влияние общесоматического здоровья на ортодонтический статус.
4. Уровень распространения зубочелюстных аномалий во всех трех группах достаточно высок, это может быть объяснено тем, что у детей еще не произошло окончательного формирования всех элементов постоянного прикуса, по мере завершения его формирования, часть отклонений самоустранился. Столь высокие показатели свидетельствуют о большой необходимости ортодонтического наблюдения и лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Виноградова Т.Ф. Диспансеризация детей у стоматолога. /2-е изд., перераб. и доп. 256 с.: ил. - (Б-ка практ. врача. Важнейшие вопросы стоматологии).
2. Леонтьев В.К. Профилактика стоматологических заболеваний [Текст]/ В.К.Леонтьев, Г.Н.Пахомов.- М: 2006, - 416 с.
3. Персин. Ортодонтия.
4. Терехова Т.Н. Профилактика стоматологических заболеваний: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений по специальности [Текст]/ Т.Н.Терехова, Т.В.Попруженко - Мн.: Беларусь, «Стоматология», 2004. - 526с.

ИЗУЧЕНИЕ ИНФОРМАТИВНОСТИ МЕТОДИКИ ИНДУЦИРОВАННОЙ ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНЦИИ НА ПРИМЕРЕ ВЛИЯНИЯ КУРЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО СТАТУСА МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ЗДОРОВЫХ СТУДЕНТОВ НГМА

Блохин Ф. К.

*Нижегородская государственная медицинская академия
Кафедра биохимии им. Г. Я. Городисской*

Научные руководители: асс. Кузьмина Е. И.

В настоящее время доказано, что дым сигарет является сильнейшим прооксидантом – то есть комплексом компонентов вызывающих увеличение количества свободных радикалов и других частиц способных вызывать активацию свободнорадикального окисления. Активация свободнорадикального окисления приводит к истощению антиоксидантных систем защиты от радикалов, в результате чего могут происходить структурные изменения в биологической мембране и развиваться многие свободнорадикальные патологии [2]. Эпидемиологические исследования показали, что 70% всех воспалительных патологий приходится на патологию мочеполовой системы (МПС). Особенно это актуально для молодых людей, которые находятся в активном репродуктивном возрасте. В связи с этим необходимо разрабатывать новые эффективные методы диагностики заболеваний, связанных с нарушением работы системы «антиоксиданты-прооксиданты» [1].

Целью настоящей работы являлось изучение активности ПОЛ (перекисное окисление липидов) и АОА (антиоксидантная активность) в моче у курящих и некурящих здоровых студентов методом индуцированной хемилюминесценции для определения свободнорадикального баланса МПС в организме человека.

Материалы и методы. Моча здоровых курящих студентов (15 человек) в возрасте от 20 до 23 лет и 10 некурящих студентов в том же возрасте. Оценка ПОЛ и АОА проводилась с помощью индуцированной перекисью водорода и ионами железа хемилюминесценции на приборе БХЛ-07. Метод индуцирования ХЛ перекисью водорода с сульфатом железа основан на том, что при смешивании компонентов в системе происходит каталитическое разложение перекиси ионами металла с переходной валентностью - двухвалентным железом по реакции Фентона. Образующиеся при этом свободные радикалы вступают в процесс иницирования свободно-радикального окисления (СРО) в исследуемом биологическом субстрате. При обрыве цепи происходит рекомбинация радикалов RO_2^* , в результате образуется неустойчивый тетроксид, распадающийся с выделением кванта света. Протекающий процесс СРО регистрируется в течении 30 секунд - это время наибольшей информации об его интенсивности. По полученной кривой хемилюминесценции мы определяли светосумму сигнала, определяющая возможность оценить процесс ПОЛ, и тангенс угла наклона кривой, коррелирующий с антиоксидантным потенциалом [3].

Полученные результаты. В результате обследования было выявлено нарушение свободнорадикального статуса в мочеполовой системе у курящих студентов в сравнении с контрольной группой. У курящих студентов имелось достоверное снижение общей антиоксидантной активности в моче и повышение интенсивности ПОЛ. Светосумма у некурящих студентов составила $2859,0 \pm 138,2$ отн. ед., а у курящих – $4668,0 \pm 231,6$ отн. ед.. Показатель tg_2 у некурящих студентов составил $91,0 \pm 8,4$ отн. ед., а у курящих $56,0 \pm 6,2$ отн. ед. В целом студенты с более длительным «курительным» стажем имели показатели ПОЛ в 1,6 раза выше, чем в группе у некурящих студентов.

Обсуждение результатов и выводы. Сравнивая полученные данные с доступными данными литературы [5], установлено, что показатели хемилюминесценции мочи отражают патологию МПС. Следовательно изменения ПОЛ и АОА могут быть причиной этой патологии. У курящих студентов с высоким уровнем ПОЛ и низкой АОА в моче, по всей видимости имеются начальные стадии развития патологий МПС. Установление патологии МПС в нашу задачу не входило и будет исследоваться в дальнейшем.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алехина С. П., Щербатюк Т. Г. Озонотерапия: клинические и экспериментальные аспекты. - Н. Новгород, 2003 г. 240 с.
2. Бурлакова Е. Б., Храпова Н. Г. Перекисное окисление липидов и природные антиоксиданты. - Москва, 1985 г. 256 с.
3. Кузьмина Е. И., Перетягин С. П., Костина О. В. и др. Определение антиоксидантного потенциала в плазме крови ожоговых больных: пособие для врачей. - Н. Новгород, 2000 г. 11 с.
4. Маянский А. Н., Пикуза О. И. Клинические аспекты фагоцитоза. – Казань, 1993. – 192 с.
5. Ярилин А. А., Добротина Н. А. Введение в современную иммунологию. - Н. Новгород, 1997. – 238 с.

ОСОБЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЁННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ ЮНЫХ МАТЕРЕЙ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ № 1 Г. КРАСНОЯРСКА

Богатырев Д. В., Богданова О. С., Фоменко О. Н., Чертановская Ю. С.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра поликлинической педиатрии и профилактики детских болезней с курсом ПО*

Научный руководитель: к.м.н., асс. Назаренко Н. В.

Актуальность темы. Согласно Конвенции о правах ребёнка, принятой Генеральной Ассамблеей ООН 2 сентября 1990г., ребёнком является каждое лицо в возрасте до 18 лет. В России вышеназванная норма принята с 1998г. и отражена в соответствующих приказах Минздрава РФ. По данным официальной статистики в РФ показатели рождаемости в динамике 10 лет (с1990 по 2005г.) снизились с 15,3 до 9,8 на 1000 населения. Несмотря на это, имеется отчётливая тенденция к увеличению числа беременностей и родов среди несовершеннолетних. В возрастной группе от 13 до 18 лет этот показатель достигает высокого уровня в развивающихся странах (86,7-112,6%). Ежегодно в мире проходят роды у 15 млн. подростков, что составляет 2,0-4,5% от общего количества родов.

Цель исследования. Изучить течение ранней неонатальной адаптации новорожденных от юных матерей, родившихся в родильном доме № 1 г. Красноярск.

Задачи.

1. Провести анализ течения беременности и родов у юных женщин.
2. Выявить особенности состояния здоровья новорождённых от юных матерей.
3. Сравнить показатели здоровья новорождённых от юных матерей и аналогичные показатели детей, рождённых женщинами репродуктивного возраста.

Материалы и методы: В ходе исследования был проведён анализ 100 историй развития детей, родившихся у юных матерей в возрасте до 18 лет в родильном доме №1 за период 2003-2008 гг.

Полученные результаты. По данным МУЗ Родильного дома № 1 рост рождаемости в данной возрастной категории составляет 2-2,5 раза.

Анализируя данные о месте проживания юных мам, нами было отмечено, что подавляющее большинство проживает в городе Красноярске. Ежегодно наиболее неблагоприятная обстановка складывается в Ленинском и Советском районах города.

Наиболее значимыми факторами риска осложнений во время беременности, которые в дальнейшем приводят к осложнениям в родах, являются - возраст юной женщины и начало половой жизни, вредные привычки, психологический микроклимат и тип семьи, в которой проживает женщина, экстрагенитальная патология, наличие и исход предыдущей беременности, срок взятия на учёт и врачебная адекватность наблюдения в женской консультации при настоящей беременности и её течение. Начало половой жизни с 13 лет отмечают 5,5% женщин, с 14 лет – 14,3%, с 15 лет – 35,2%, с 16 лет – 45%. Заслуживает особого внимания гинекологический анамнез юных женщин. Абсолютно не отягощённого анамнеза не было ни у одной женщины. Медицинские аборт или самопроизвольные выкидыши отмечались у 8 женщин. Эрозия шейки матки отмечалась у 7 подростков. Хроническим аднекситом страдали 2 девочки. Первородящие составили 86,8%, повторнородящие – 11%, у 2 женщин к 17 годам наблюдались повторные роды.

У несовершеннолетних беременность часто является результатом бесперспективной внебрачной связи, что нередко приводит к конфликтной ситуации в семье. Постоянные стрессовые ситуации, связанные с семейной неустойчивостью и конфликтами, могут привести к развитию хронического дистресса. Состояли в браке на момент родов лишь 14,3% женщин, не замужем, либо одиночками были 85,7% юных мам.

Ранняя беременность сопряжена с повышенным риском для матери и ребёнка, что обусловлено целым рядом факторов, прежде всего, недостаточной функциональной зрелостью механизмов адаптации организма девочки-подростка и неадекватным наблюдением за юной беременной. Ведущими факторами риска сниженного уровня здоровья детей юных матерей являются: отрицательное влияние патологии беременности и родов на развитие плода и состояние новорождённого, рост экстрагенитальной патологии.

В ходе исследования изучались особенности течения беременности у девочек-подростков. Физиологически беременность протекала лишь у одной женщины 16 лет без сопутствующей соматической патологии. Остальные 90 женщин (98,9%) имели ту или иную соматическую патологию, либо осложнение беременности, либо их сочетание. У юных беременных встречались заболевания почек – хронический пиелонефрит, в том числе и гестационный, гломерулонефрит, мочекаменная болезнь, нефроптоз. Патология желудочно-кишечного тракта - хронические гастриты, холециститы, язвенная болезнь желудка и ДПК, энкопрез. Патология сердечно-сосудистой системы - ПМК, ВСД, транзиторная артериальная гипертензия. Курили 27,5% беременных.

Одной из важнейших характеристик неподготовленности юных женщин к выполнению материнских функций является тот факт, что женщины поздно обращаются в женскую консультацию. Особую тревогу вызывают данные о том, что 23 женщины (т.е. каждая четвёртая) не наблюдались в женской консультации вообще, либо наблюдались нерегулярно, и их беременность протекала без медицинского контроля.

У 5 подростков беременность была нежеланной, из них лишь 1 мать забрала ребёнка, остальные 4 – оставили детей в родильном доме. За 2006-2008 гг. год в родильном доме было оставлено 18 детей, из них 22,2% составили дети несовершеннолетних. Сопоставляя частоту отказов от ребёнка взрослыми и юными женщинами, получены следующие результаты: лишь 0,6% взрослых матерей отказываются от своего ребёнка, юные матери отказываются в 7,3 раза чаще – в 4,4% случаев.

Большинство исследователей относят несовершеннолетних матерей к группе повышенного акушерского и перинатального риска. Одними из факторов, обуславливающих возникновение аномалии родовых сил в виде слабости или дискоординации, являются хроническая внутриутробная гипоксия плода, фетоплацентарная недостаточность и донозологические психические изменения. Эта патология – основная причина интранатального дистресса, в результате чего самопроизвольные роды часто оканчиваются оперативным путём. Социальная дезадаптация юной беременной и роженицы приводит к её негативной психологической настроенности к самой беременности и родам. В результате этого юные роженицы плохо переносят родовой процесс, ведут себя неадекватно, что наряду с другими факторами является причиной родового травматизма, как для самой женщины, так и для новорождённого.

Физиологические роды без осложнений отмечались лишь у 58,2% женщин, быстрые роды – у 22%. У 14,3% юных мам роды закончились операцией кесарево сечение, из них 4 – в плановом порядке. Показаниями послужили: поперечное положение плода, чистогодичное положение плода, тяжёлый гестоз, сочетанный длительно текущий гестоз. Экстренные операции проводились по поводу слабости родовой деятельности, дискоординации родовой деятельности, клинически узкого таза, острой гипоксии плода, в 1 случае отмечалась преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Родоусиление окситоцином проводилось 7,7% женщин. В раннем послеродовом периоде отмечались кровотечения, ручное обследование полости матки по поводу частичного плотного прикрепления, эндометрит, хориоамнионит, 10 женщин имели общеравномерносуженный таз 1 степени.

В послеродовом периоде 38,5% женщин наблюдались в отделении наблюдения. Показаниями к переводу в наблюдательное отделение послужили отсутствие полноценного обследования и наблюдения во время беременности, острый пиелонефрит, либо наличие инфекционного или паразитарного заболевания.

По данным литературы у юных мам достаточно часто встречаются преждевременные роды, однако наши наблюдения это не выявили. Роды в срок произошли у 95,4% женщин, недоношенными родились лишь 4 ребёнка (4,4%).

Общезвестно, что новорожденные юных матерей значительно отличаются от детей, рожденных женщинами старше 18 лет. У них значительно ниже масса тела при рождении, что обусловлено неполным биологическим созреванием организма юной матери, проявляющимся в незрелости функциональных систем, и связанными с этим функциональными и структурными нарушениями в фетоплацентарном комплексе.

С массой более 3000 гр. родились 63,7% детей, задержку внутриутробного развития имели 34,1% новорожденных.

Интересные данные получены при анализе оценки по шкале Апгар, которая была выставлена новорожденным на 1-й минуте жизни. Оценка по шкале Апгар 10 баллов не получил ни один ребенок, причем, ни на первой, ни на 5й минуте жизни, асфиксия не отмечена также в данной группе. Для сравнения были проанализированы оценки детей, рожденных возрастными матерями (старше 30 лет). Выяснено, что их дети несколько чаще рождаются в асфиксии, чем дети юных мам. Причём встречалась тяжёлая асфиксия, тогда как у детей несовершеннолетних тяжёлой асфиксии не наблюдалось. Однако в целом дети возрастных мам имеют более высокую оценку при рождении, чем дети юных матерей. 2,2% из них на 5й минуте жизни получили оценку 10 баллов.

В ходе исследования нами также оценивались такие показатели, как диагноз ребёнка при выписке из родильного дома, необходимость дальнейшего обследования и лечения, перевод в стационар. Выявлено, что подавляющее большинство детей имели то или иное патологическое состояние либо при рождении, либо в первые дни жизни.

Было проведено сравнение заболеваемости детей юных мам, детей возрастных женщин, старше 30 лет и детей от матерей в возрасте 18-30 лет.

Отмечено, что чуть более 30% детей при выписке из родильного дома были здоровы и имели *DS Период новорожденности*. Ведущее место в заболеваемости принадлежит Церебральной ишемии, однако у детей юных мам она значительно выше. А вот цифры заболеваемости детей возрастных женщин и женщин 18-30 лет, а также частота перевода в стационары вполне сопоставимы. У детей возрастных женщин значительно чаще встречаются неонатальные желтухи и внутриутробные инфекции – в 1,5- 2,5 раза, что можно объяснить накоплением различных инфекционных агентов в процессе жизни.

Домой были выписаны почти 80% детей, однако, каждый четвёртый ребёнок юной женщины нуждался в дальнейшем лечении в стационаре, но матери или родственники категорически отказались от предложенной госпитализации. В стационары города были переведены 23,1% новорожденных от юных матерей, из них 1 ребёнок – в реанимационное отделение. Таким образом, в стационарном лечении нуждались 41,8% детей юных матерей, а получили необходимое лечение лишь половина из них. Излишняя самоуверенность и завышенная самооценка, свойственные периоду пубертата, приводят к тому, что дети, нуждающиеся в обследовании и лечении, остаются без надлежащей медицинской помощи, так как их юные мамы не считают нужным обратиться в лечебное учреждение.

Выводы:

1. Среди девочек-подростков прогрессивно увеличивается уровень общей заболеваемости, табакокурения, омоложение возраста сексуального дебюта, неправильное репродуктивное поведение.
2. Доля юных матерей в родильном доме №1 составляет в среднем 3,6-5,1%, что значительно ниже средних показателей по России, однако сохраняется отчётливая тенденция к увеличению рождаемости у несовершеннолетних.
3. Все юные беременные имели отягощённый акушерско-гинекологический анамнез, у 98,9% юных женщин беременность и роды протекали с осложнениями.
4. Особенности состояния новорожденных у юных матерей явились: высокая общая заболеваемость, высокая частота патологии ЦНС, родовой травмы, ЗВУР. Почти половина детей нуждается в стационарном лечении после выписки из родильного дома, и 50% из них не получают необходимого лечения.
5. Дети, рожденные юными матерями, имеют высокий показатель перинатальной заболеваемости и составляют контингент повышенного риска и нуждаются в особом внимании со стороны детских поликлиник.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ватолин К.В. Ультразвуковая диагностика заболеваний головного мозга у детей. Москва: «Видар-М», 2000. – 130 с.
2. Клинические рекомендации. Педиатрия. Под редакцией Баранова А.А. Москва, 2005. – 257 с.
3. Методы исследования в детской неврологии. Учебное пособие под ред. В.П. Зыковой. Москва: «Триада-Х», 2004. – 112 с.
4. Педиатрия: Учебник для медицинских вузов. 3-е изд., исп. и доп. / Под ред. Н.П. Шабалова. – СПб.: СпецЛит, 2005. – 895 с.
5. Практические навыки педиатра: практическое пособие \ М.В. Чичко, А.А. Астапов, ОН. Волкова и др.; Сост. и ред. М.В. Чичко. – Мн.: Книжный Дом, 2005. – 848 с.
6. Пропедевтика детских болезней (практикум) / Под ред. проф. Юрьева В.В.. - СПб: Питер, 2003 – 352 с.

УДК 618.3-036:616-056.2:616.12-008.331.1

РАЗВИТИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ В ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Богатюк Л. В.

*Алтайский государственный медицинский университет
Кафедра терапии и семейной медицины ФПК и ППС с курсом клинической иммунологии*
Научный руководитель: к.м.н. Цигулева О. А.

Гипертензивная болезнь (ГБ) и алиментарно-конституциональное ожирение (АКО) относится к числу серьезных фоновых состояний у беременных, так как они могут явиться причиной возникновения тяжелой акушерской патологии, в том числе позднего гестоза. У беременных ожирение встречается чаще (16,8%), чем ГБ (5,7%), в то же время среди больных ГБ много женщин с избыточной массой тела [6].

Поздний гестоз беременных (ПГБ) в структуре акушерских осложнений, сочетающийся с ГБ либо с АКО, продолжает занимать ведущее место; он представляет серьезную угрозу здоровью матери, плода и новорожденного. ПГБ развивается в среднем у 40% тучных женщин, ГБ является причиной его развития у 36-85% беременных, а при ассоциации обеих патологий (АКО и ГБ) беременность осложняется поздним гестозом в 100% наблюдений [4-6].

Существует мнение, что ожирение является предиктором сердечно-сосудистых заболеваний и прежде всего ГБ [10]. Клинические и эпидемиологические исследования подтверждают наличие положительной корреляции между ожирением и артериальной гипертензией (АГ) [9]. Избыточная масса тела является фоном, на котором чаще всего возникают и развиваются нарушения регуляции кровообращения. Гемореологические, метаболические параметры и уровень АД зависят от преимущественной локализации жировых отложений, в частности соотношения объемов талии и бедер [11, 15]. У женщин андроида типа (с большим объемом талии) в отличие от женщин гинекоида типа отмечены более высокие показатели гематокрита, агрегации эритроцитов и АД.

Развитие ГБ у беременных характеризуется наряду с высоким АД повышенной склонностью к сосудистым спазмам и тромбообразованию [13]. Близкий к ГБ по клиническим проявлениям ПГБ усугубляет тяжесть микроциркуляторных расстройств, что свидетельствует об общности некоторых патогенетических звеньев у данных патологических состояний.

Вышеизложенное побудило нас изучить особенности клинических проявлений ПГБ, развивающегося на фоне ассоциированной патологии – ожирение и ГБ.

Материалы и методы. Нами проведены клинические наблюдения и исследования среди 100 здоровых беременных с нормальной массой тела (1-я группа) и среди беременных с экстрагенитальными заболеваниями: 110 женщин с АКО II-III степени (2-я группа), 95 – с ГБ I-II стадии (3-я группа) и 83 беременных с вышеуказанной ассоциированной фоновой патологией (4-я группа).

Ретроспективный анализ 1219 истории родов тучных беременных позволил выяснить частоту сочетания ожирения и ГБ: у 98 (8,0%) беременных ожирение различной степени сочеталось с ГБ I-II стадии. Из них ГБ в сочетании с АКО II-III степени имела у 56 (4,6%) беременных.

Беременные всех групп в основном были сопоставимы по возрасту (18-40 лет) и гестационным срокам. Исследования начинали с момента взятия на учет в женской консультации (8-12 нед) и продолжали наблюдение за течением фонового заболевания и присоединившегося ПГБ в динамике гестационного периода. Степень ожирения вычисляли по таблице Егорова – Левитского. Тяжесть ГБ устанавливали по классификации ВОЗ.

Результаты и обсуждения. Во 2-й группе АКО II степени имели 62, III степени – 48 беременных. Все они, как правило, ожирением страдали с детства, причем у 31% их оба ли один из родителей были тучными, что свидетельствует о наследственной предрасположенности к заболеванию.

Роль наследственного фактора сводится к тому, что у тучных лиц нарушен генетически обусловленный механизм, контролирующий энергетический баланс организма [14]. Абсолютные показатели основного обмена у тучных лиц имеют тенденцию к постоянному увеличению, что требует систематического повышения калорийности пищевого рациона и способствует закреплению вредных привычек питания, в то время как энергетические затраты, при прочих равных условиях, ниже, чем у субъектов с нормальной массой тела [2, 7].

Беременность чаще была отягощена ПГБ у больных с АКО III степени, чем у больных с АКО II степени, что указывает на несомненную иницирующую роль тяжести ожирения в развитии данного осложнения. Кроме того, с возрастанием стадии ожирения повышалась частота развития тяжелых форм ПГБ. При тяжелых формах ожирения ПГБ преимущественно развивался до 30-й недели беременности.

В 3-й группе ГБ I-II стадии диагностирована у 95 беременных. Диагноз устанавливали на основе изучения анамнеза (наличие наследственного фактора, давность и характер течения заболевания, наличие осложнений – гипертонические кризы); жалоб беременных; документальных сведений о ранее проведенных обследованиях, лечении и их результатах, подтверждающих диагноз ГБ; данных клинических исследований (осмотр терапевта, исследование глазного дна, данных электро- и эхокардиографии). Все это позволило исключить из числа обследуемых беременных с симптоматическими АГ (почечного, эндокринного и другого генеза).

Установление повышенного АД отнюдь не является основанием для утверждения, что пациентка страдает ГБ. В структуре АГ у беременных ведущее место принадлежит позднему гестозу (70,0%), доля ГБ составляет 15-25%, симптоматических АГ – 2-5% [1]. Между тем дифференциальная диагностика у беременных ГБ и симптоматических АГ, требующих различных подходов к терапии, не может базироваться на применении высокоинформативных, но далеко небезопасных методов исследования. Об определенной проблеме в установлении диагноза ГБ свидетельствует тот факт, что у 8% женщин диагноз болезни впервые устанавливается только в гестационном периоде [6]. Наиболее затруднительна диагностика ГБ при осложнении беременности ПГБ. Патологический смысл при установлении диагноза ГБ заключается в неадекватном повышении АД относительно данной ситуации, в структурном закреплении избыточного периферического сосудистого сопротивления (гипертрофия интимы артериол), гипертензионной гипертрофии левого желудочка и других факторах [3].

В данной группе из 95 больных ГБ беременных I стадия болезни диагностирована у 68, II стадия – у 27 женщин. У 10 (10,5%) беременных диагноз установлен впервые при данной беременности. У этих женщин наблюдалось повышение АД в I – начале II триместра беременности, что может являться признаком либо отсутствия иницирующей АГ роли беременности, проявляющейся в более поздние сроки, либо латентной формы заболевания и его обострения.

В литературе указывается на наследственный характер ГБ и унаследование заболевания более чем 50% больных [12]. При опросе наследственная предрасположенность к заболеванию нами выявлена у 43 (45,3%) больных. Давность заболевания варьировала от 2 до 4 лет у 49, от 5 до 8 лет у 27, была свыше 8 лет у 9 беременных.

Беременность определенным образом влияет на течение ГБ, как правило, усугубляя клинические проявления заболевания. При ГБ I стадии у 23 (24,2%) женщин наблюдался депрессорный эффект беременности, при тяжелом течении болезни, напротив, уровень АД оставался стабильно повышенным. Вместе с тем диастолическое АД при ГБ I стадии было в пределах 90-95 мм рт. ст., при ГБ II стадии – не превышало 95-100 мм рт. ст. у 11 и достигало 100 мм рт. ст. и более у 16 беременных.

Известно мнение, что именно повышение диастолического АД является плохим прогностическим критерием, указывающим на серьезные расстройства микрогемодикуляции [8]. С точки зрения авторов, диастолическое АД, равное 100 и более мм рт. ст., является предиктором изменений реологических свойств крови.

В данной группе ПГБ развился у 45 больных ГБ беременных, причем при II стадии болезни частота его развития была в 2,5 раза выше, чем при ГБ I стадии. Тяжелые формы гестоза развивались в 7 раз чаще на фоне II стадии заболевания. У 50% беременных, больных ГБ II стадии, развитие ПГБ наблюдалось в сроки беременности 26-30 нед, у трети их он развивался до 26-недельного гестационного срока.

В 4-й группе наследственность по ожирению оказалось отягощенной у 26 (31,3%) женщин: избыточную массу тела имели один или оба родителя; наследственность по ГБ была отягощена у 34 (41%) женщин; 9 беременных (10,8%) указали на наследственный характер как ГБ, так и ожирения. ГБ на фоне АКО II степени страдали 55, на фоне АКО III степени – 28 женщин. ГБ I стадии имели 64, ГБ II стадии – 19 тучных беременных.

Заслуживает внимания тот факт, что в данной группе беременность сопровождалась АГ с ранних ее стадий (до 14 нед). Диастолическое АД было выше, чем у беременных 3-й группы, гипотензивного эффекта беременности мы не наблюдали. Напротив, и систолическое, и диастолическое АД имело тенденцию к повышению, пульсовое АД снижалось. Эффект антигипертензивной терапии в данной группе был значительно ниже, нежели в 3-й группе. ПГБ наряду с известными осложнениями гестационного периода, присущими изучаемой патологии (невынашивание, ранние гестозы, антенатальная гибель плода и др.), осложнил течение беременности у 75 (90,36%) тучных женщин, больных ГБ.

Характерными гестационными сроками возникновения ПГБ были 18-22 нед. ПГБ клинически выражался в отчетно-гипертоническом симптомокомплексе и характеризовался быстрым прогрессированием, высокими уровнями АД, возростанием массы тела. Патологический прирост массы тела у беременных с ассоциированной патологией отличался от ее прироста у беременных других групп. Так, у беременных с АКО II-III степени (2-я группа) мы наблюдали чрезмерную прибавку массы тела (свыше 25 кг), что относили за счет превалирования липогенеза над липолизом и отложения жира; данный процесс по времени не всегда совпадал с развитием ПГБ. У беременных с ГБ I-II стадии (3-я группа) патологический прирост массы тела (13-15 кг) расценивался нами как эквивалент отеков. В 4-й группе патологическая прибавка массы тела не превышала 13-18 кг, что, очевидно, объясняется более интенсивными в связи с ГБ процессами свободнорадикального окисления, в результате которых происходит усиление обменных процессов, в том числе и липидного метаболизма.

В группе беременных с АКО II-III степени, не смотря на высокую частоту ПГБ, его тяжелая степень развивается значительно реже, чем в группе больных ГБ беременных. В обеих группах прослеживается тенденция влияния тяжести фонового заболевания на частоту, сроки развития и тяжесть клинических проявлений ПГБ. При ассоциированной фоновой патологии практически каждая беременная подвержена риску развития ПГБ, легкая форма которого наблюдается лишь у 12% из них, а раннее его развитие у 82% женщин, возможно, является причиной столь высокой частоты тяжелых его форм, а также низкой и нестабильной эффективности проводимой терапии.

Таким образом, высокая частота ПГБ, специфичность его клинических проявлений у тучных женщин, больных ГБ, не исключают вероятной инициирующей его возникновения и развитие роли некоторых присущих данным заболеваниям механизмов развития, близких по существу к таковым при ПГБ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андрущенко И.В., Оганов Р.Г., Либерзон Р.Т., Ляхов Н.Т. // Тер. Арх. – 1991. - №10. – С. 79-82.
2. Гогин Е.В. // Кардиология. – 1990. - №1. – С. 5-11.
3. Григорьев П.Я., Исаков В.А., Яковенко Э.П. // Тер. Арх. – 1989. - №9. – С. 120-125.
4. Мохова Л.Н. Особенности течения беременности и родов у женщин с сочетанными гестозами: Дис. ...канд. Мед. Наук. – М., 1990.
5. Савельева Г.М., Шалина Р.И., Кашежева А.З. // Акушерство и гинекология. – 1989. - №1. – С. 73-76.
6. Шехтман М.М. Экстрагениальная патология и беременность. – М., 1987.
7. Bronstein M. N., Mak R.P., King J.C. // Brit. J. Nutr. - 1995. – Vol.74, N 2. – P. 261-275.
8. Brown M.A., Zammit V.C., Mitar D.M. // J. Hypertens. – 1992. – Vol. 10, N 1. – P. 61-68.
9. Ferrara L.A., Mancini M., De-Simone G.D. et al. // Int. J. Cardiol. – 1991. – Vol. 32, N 3. – P. 353-359.
10. Le-Devehat C., Khodabandehlou T., Dougny M. // Diabet. Metab. – 1992. – Vol. 18, N 1. – P. 43-47.
11. Micciolo R., Bosello O., Ferrari P., Armellini F. // J. clin. Epidemiol. – 1991. – Vol. 44, N 6. – P. 591-608.
12. Peters J. // Baillieres Clin. Endocrinol. Metab. – 1995. – Vol. 9, N 3. – P. 657-678.

УДК 616.831.9-08.811.1-06:616-005.1

ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПОСТГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИОННОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ

Богданова О. С., Фоменко О. Н.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней с курсом ПО

Научный руководитель: к.м.н., асс. Назаренко Н. В.

Актуальность. Проблема внутрижелудочковых кровоизлияний и постгеморрагической гидроцефалии у новорожденных детей является чрезвычайно актуальной во всем мире в связи с существенным неблагоприятным вкладом, который она вносит в показатели заболеваемости, смертности детей в неонатальном периоде и инвалидности в последующие годы.

Цель исследования. Изучить причины развития постгеморрагической окклюзионной гидроцефалии.

Задачи.

1. Провести анализ причин развития постгеморрагической гидроцефалии у детей с внутрижелудочковыми кровоизлияниями разной степени тяжести.
2. Выявить зависимость развития постгеморрагической гидроцефалии от гестационного возраста ребенка, степени кровоизлияния, длительности пребывания на АИВЛ.

Материалы и методы. Нами было проведено проспективное динамическое исследование развития постгеморрагической гидроцефалии у постреанимационных новорожденных детей. Проанализировано 35 историй болезней детей, находившихся на обследовании и лечении в отделении патологии новорожденных №2 ГКБ №1, доношенных 9 и недоношенных 26 детей. Все дети находились в реанимационном отделении на ИВЛ.

Полученные результаты. Диагноз внутрижелудочковых кровоизлияний установлен у всех детей на первой неделе жизни. Все дети проспективно при динамическом обследовании были разделены на 2 группы в зависимости от характера течения гидроцефалии. В 1 группу вошли дети с открытой формой гидроцефалии (18 детей), во 2 группу – дети с окклюзионной гидроцефалией (17 детей). Среди них 9 доношенных и 26 недоношенных детей с различным сроком гестации:

- до 28 недель – 2 ребенка (5,7%);
- 28-30 недель – 8 детей (22,8%);
- 31-33 недели – 13 детей (37%);
- 34-36 недель – 3 ребенка (8,5%);
- 37-40 недель – 9 детей (25,7%).

Таблица 1

Зависимость гидроцефалии от срока гестации

Срок гестации	Вид гидроцефалии		Итого кол-во (%)
	Открытая гидроцефалия кол-во (%)	Окклюзионная гидроцефалия кол-во (%)	
до 28 нед.	1 (5,5)	1 (5,8)	2 (5,7)
28-30 нед.	4 (22,2)	4 (23,5)	8 (22,8)
31-33 нед.	3 (16,6)	10 (58)	13 (37)
34-36 нед.	2 (11)	1 (5,8)	3 (8,5)
37-40 нед.	8 (44,4)	1 (5,8)	9 (28,7)
Итого	18	17	35

В целом, развитие гидроцефалии чаще подвержены дети со сроком гестации 28-33 недели – 65,5%, при этом пик приходится на возрастную группу со сроком гестации 31-33 недели – 37% (таблица №1).

Окклюзия чаще развивалась у детей со сроком гестации 28-33 недель, пик опять же приходится на возрастную группу 31-33 недели. Течение гидроцефалии без окклюзии отмечено у доношенных детей.

Средний возраст матерей составил – 17- 36 лет. Большинство из них – 82,8% (29 матерей) наблюдались регулярно в женской консультации, 8,5% (3 человека) поздно встали на учет (после 20 недель гестации) и только 8,5% совсем не состояли на учете в женской консультации. Соматически здоровы было 16 женщин (45,7%), различные хронические очаги инфекции отмечались у 6 мам (17%), у 4 – инфекции, передаваемые половым путем (трихомониаз, хламидиоз, уреаплазмоз). Вредные привычки, как курение, выявлены у 5 женщин (14,2%).

С оценкой по шкале Апгар 7-10 баллов родились 19 детей (54%), в умеренной асфиксии – 12 новорожденных (34,2%), в тяжелой асфиксии – 4 младенца (11,4%). Зависимости между оценкой по шкале Апгар и видом постгеморрагической гидроцефалии не выявлено (таблица №2)

Таблица 2

Оценка по шкале Апгар и вид гидроцефалии

Оценка по шкале Апгар	Вид гидроцефалии		Итого
	Открытая гидроцефалия кол-во (%)	Окклюзионная гидроцефалия кол-во (%)	
1-3 балла	3 (16,6)	1 (5,8)	4 (11,4)
4-6 баллов	6 (33)	6 (35,2)	12 (34,2)
7-10 баллов	9 (50)	10 (58)	19 (54)

На АИВЛ в первые 5 минут переведены 65,7% детей, в 15 минут – 5,7%, через 1-2 часа после рождения – 8,57%, через 3-6 часов – 11,42% младенцев, на 1-3 сутки жизни в связи с ухудшением состояния – 8,57%. В первые сутки жизни переведены в реанимационное отделение 42,8% детей, остальные 57,3% новорожденных в течение 4 суток.

В группе недоношенных детей выявлена закономерность, чем позже ребенок переведен на ИВЛ после рождения, тем выше риск развития окклюзии. В группе детей с гестационным возрастом 31-33 недели при переводе на АИВЛ через 15 минут у 50% новорожденных развились впоследствии явления окклюзии, при более позднем переводе на ИВЛ (через 1-2 или 3-6 часов) в 100% случаев формируется окклюзионная гидроцефалия. В группе младенцев с гестационным возрастом 34-36 недель данные те же. В группе доношенных детей даже при позднем взятии на ИВЛ (через 2 – 3 суток), только у 25% сформировалась окклюзия.

В группах доношенных в 66% случаев встречаются ВЖК II ст. и только у 33% ВЖК III ст, среди них 77% новорожденных кратковременно находились на АИВЛ. В группе недоношенных со сроком гестации 34-36 недели в 66% случаев встречаются ВЖК II ст, в 33% - ВЖК III ст, 66% из них находились кратковременно на ИВЛ. В группе недоношенных со сроком гестации 31-33 недели у 30% ВЖК II ст, у 70% ВЖК III - IV ст., на ИВЛ до 10 дней в данной подгруппе находились 30% младенцев (в основном это дети с ВЖК II ст), 11- 20 дней – 53,8%, и 15% с длительным пребыванием на АИВЛ (в основном ВЖК III ст.). У недоношенных со сроком гестации меньше 30 недель в 50% случаев встречаются ВЖК II ст. и в 50% - ВЖК III – IV ст., из них 12,5% находились на ИВЛ 1-10 дней, 62,5% - 11-20 дней и 12,5% - 21-30 дней. В группе недоношенных со сроком гестации 31-33 недели при ВЖК II ст. явления окклюзии развивались в 75% случаев, при ВЖК III ст. в 80%, и при ВЖК IV ст. - в 100% случаев. У недоношенных со сроком гестации 34-36 недель окклюзионная гидроцефалия развивалась только у 33% новорожденных, у доношенных – в 11% случаев.

Вентрикулит перенесли 9 детей, при этом в 77% случаев появились явления окклюзии, причем некоторые из них имели только ВЖК II ст. Зависимости между вентрикулитом и степенью ВЖК не прослеживается.

Таблица 3

Зависимость времени появления постгеморрагической гидроцефалии от степени кровоизлияния

Время появления гидроцефалии	Степень кровоизлияния				
	ВЖК II ст. кол-во (%)	ВЖК III ст. кол-во (%)	ВЖК IV ст. кол-во (%)	ПВЖК III ст. кол-во (%)	Всего
1-10 суток	1 (5,8)	1 (9)	2 (50)	1 (33,3)	5
11-20 суток	4 (23,5)	6 (54,5)	1 (25)	2 (66,6)	13
21-30 суток	7 (41,1)	3 (27)	1 (25)	–	11
31-40 суток	3 (17,6)	1 (9)	–	–	4
> 40 суток	2 (11,7)	–	–	–	2
Итого	17	11	4	3	35

При ВЖК II ст. у 12 детей (70,5%) признаки гидроцефалии появились с 20 по 40 суток жизни, из них в 50% случаев после 30 дня жизни, и только в 29,4% случаев до 20 суток, причем на первые 10 суток приходится только 5,8%.

При ВЖК III ст. наоборот - признаки гидроцефалии появились в 63,6% случаев до 20 дня жизни, у 36,3% после 20 дня жизни. При ВЖК IV в 75% случаев гидроцефалия появлялась в первые 20 дней, из них в 50% в первые 10 суток жизни. При ПВЖК III в 100% случаев признаки гидроцефалии формируются в первые 10 дней жизни (таблица 3). При сравнении времени возникновения постгеморрагической гидроцефалии в группах доношенных и недоношенных новорожденных детей, выявлено, чем выше степень ВЖК, тем раньше появляются признаки гидроцефалии.

Вне зависимости от вида гидроцефалии в 60% наблюдений развиваются тяжелые поражения головного мозга в виде кистозной дегенерации паренхимы или атрофии вещества головного мозга. Только в 17,1% случаев не отмечались изменения в паренхиме головного мозга.

В 100% наблюдений дети были осмотрены нейрохирургом.

Таблица 4

Исходы

Вид гидроцефалии	Умер кол-во (%)	Перевод в нейрохирургию кол-во (%)	Отрицательная динамика кол-во (%)	Нет динамики кол-во (%)	Положительная динамика кол-во (%)
Неокклюзионная	–	–	9 (50)	2 (11)	7 (38,8)
Окклюзионная	1 (5,8)	3 (17,6)	12 (70)	1 (5,8)	–
Итого	1 (2,8)	3 (8,57)	21 (60)	3 (8,57)	7 (20%)

Положительная динамика отмечается только в 20% случаев, причем все эти дети с неокклюзионной постгеморрагической гидроцефалией. В 8,57% случаев состояние детей без динамики. В 71,43% динамика отрицательная: один ребенок умер, трое переведены в нейрохирургическое отделение ГКБ № 20 ГБ.

Выводы:

1. Постгеморрагическая гидроцефалия формируется примерно у 3% постреанимационных больных, причем, в половине случаев она является окклюзионной.
2. Постгеморрагической гидроцефалии в большей мере подвержены дети с гестационным возрастом 31-33 недели.
3. Развитие постгеморрагической гидроцефалии не связано с оценкой по шкале Апгар при рождении, но связано с временем перевода ребенка на АИВЛ – чем позже взятие ребенка после рождения на АИВЛ, тем выше риск окклюзионной гидроцефалии.
4. Риск окклюзии напрямую связан с тяжестью кровоизлияния, длительностью пребывания ребенка на АИВЛ и гестационным возрастом – чем меньше срок гестации, тем серьезнее ВЖК, тем длительнее пребывание на АИВЛ и соответственно выше риск окклюзии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ватолин К.В. Ультразвуковая диагностика заболеваний головного мозга у детей. Москва: «Видар-М», 2000. – 130 с.
2. Клинические рекомендации. Педиатрия. Под редакцией Баранова А.А. Москва, 2005. – 257 с.
3. Методы исследования в детской неврологии. Учебное пособие под ред. В.П. Зыковой. Москва: «Трида-Х», 2004. – 112 с.
4. Педиатрия: Учебник для медицинских вузов. 3-е изд., исп. и доп. / Под ред. Н.П. Шабалова. – СПб.: СпецЛит, 2005. – 895 с.
5. Практические навыки педиатра: практическое пособие \ М.В. Чичко, А.А. Астапов, ОН. Волкова и др.; Сост. и ред. М.В. Чичко. – Мн.: Книжный Дом, 2005. – 848 с.
6. Пропедевтика детских болезней (практикум) / Под ред. проф. Юрьева В.В.. - СПб: Питер, 2003 – 352 с.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Бойко Е. А.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра клинической онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Научный руководитель: к.м.н., доц. Филькин Г. Н.

Актуальность темы: Очаговое образование печени – это понятие, включающее большую группу различных по этиологии и течению заболеваний, объединяющим признаком которых является истинное замещение функционирующей печёночной паренхимы единичными или множественными патологическими образованиями. В структуре очаговых образований печени различают рак печени, который среди всех опухолей поражающих человека занимает 7 место, доброкачественные опухоли печени, паразитарные и непаразитарные кисты печени. В настоящее время в диагностике этих заболеваний произошли качественные изменения. Диагностика очаговых образований печени, особенно на ранней стадии, вызывает значительные трудности. Внедрение новых высокоинформативных диагностических методов, таких как УЗИ, компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), стинциграфия печени и ангиография привело к значительному увеличению выявленных очаговых поражений печени.

В настоящее время основным методом хирургического лечения очаговых образований остается резекция печени (РП).

Цель исследования: Оценить результаты хирургического лечения очаговых образований печени.

Задача: Провести ретроспективный анализ методов и результатов хирургического лечения у 161 больного с объемными образованиями печени.

Материалы и методы: В основу работы положен анализ историй болезни 161 пациента, находившихся на лечении в I хирургическом отделении Краевого онкологического диспансера (КОД) за период 1998-2008 годы.

Результаты: По поводу объемных образований печени в хирургическом отделении №1 КОД с 1998-2008 годы выполнено операций 161 больным. Средний возраст больных составил 53±6лет. Мужчин было 82, женщин 79. Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице № 1.

Таблица 1

Распределение больных с объемными образованиями печени по полу и возрасту

Пол	Возраст					
	5-20 лет	21-30 лет	31-40 лет	41-50 лет	51-60 лет	61 и старше
Мужчины (82 человека)	3	6	6	23	26	18
Женщины (79 человек)	4	8	12	17	29	9

В таблице № 2 представлена структура очаговых образований печени.

Таблица 2

Очаговые образования печени

	Количество больных	%	Локализация объемных образований печени по количеству больных.		
			Правая доля печени	Левая доля печени	Ворота печени
Гепатоцеллюлярный рак	45	27,95	37 (82.2%)	8 (17.8%)	
Первичный рак желчного пузыря	7	4,35			
Холангиогенный рак	16	9,9	10 (62,5%)	2 (12,5%)	4 (25%)
Гемангиома печени	23	14,29	17 (73.9%)	6 (26.1%)	
Киста печени	8	4,97	4 (50%)	4 (50%)	
Аденома печени	4	2,48	3 (75%)	1 (25%)	
Опухоли печени различного генеза	8	4,97	5 (50%)	5 (50%)	
Лимфогранулематоз печени	1	0,62			
Лимфангиома печени	2	1,24	2 (100%)		
Эхинококкоз печени	36	22,4	36 (100%)		
Альвеококкоз печени	11	6,83	9 (81.8%)	2 (18.2%)	
Всего	161	100%	123 (76.4%)	28 (17.4%)	4 (2.5%)

В КОД были выполнены следующие операции:

Правосторонняя расширенная гемигепатэктомия – 8

Правосторонняя гемигепатэктомия – 36

Правосторонняя латеральная лобэктомия – 2

Левосторонняя расширенная гемигепатэктомия – 1

Левосторонняя гемигепатэктомия – 14

Трисегментэктомия – 1

Бисегментэктомия – 14

Удаление по одному сегменту печени S4, S3 – 4

Краевая резекция – 1

Энуклеация печени – 3

Холецистэктомия – 7

Холедохотомия – 3

Эксплоративная лапаротомия – 70



Подавляющее число операций, особенно обширных резекций, выполнено с соблюдением принципов анатомической резекции с использованием как «воротного» так и фиссурального способов.

При сегментарных резекциях для временного гемостаза использовали турникетный способ с пережатием печеночно-двенадцатиперстной связки от 10 до 25 минут.

Обязательным элементом операции считаем тщательную гепатизацию плоскости резекции печени путем подшивания мобилизированной пряди большого сальника, круглой связки печени, а также проведение адекватного дренирования с помощью просветных дренажей в режиме активной аспирации.

Из 161 больных послеоперационные осложнения развились у 34 человек.

Таблица 5

Послеоперационные осложнения

№	Осложнение	Количество больных	%
1	Кровотечение. ДВС-синдром	6	17,6
2	Печеночная недостаточность	8	23,5
3	Гематома в зоне резекции	3	8,8
4	Подпеченочный абсцесс	3	8,8
5	Поддиафрагмальный абсцесс	5	14,7
6	Желчный свищ	3	8,8
7	Желчеистечение	4	11,8
8	Желчеистечение, осложненное в сочетании с кровотечением	2	5,9
	сумма	34	100

Выводы:

Полученные результаты свидетельствуют как о необходимости дальнейшего совершенствования методов ранней диагностики очаговых поражений печени, так и принципов их хирургического лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Колосов А.Е., Журавлев В.А. Рак печени и прогноз для больных. - Санкт-Петербург, 2002. – 126с.
2. Патютко Ю.И. Хирургическое лечение злокачественных опухолей. – Практическая медицина, 2005. – 231с.
3. Таразов П.Г., Гранов Д.А., Поликарпов А.А. Эффективность рентгено-эндоваскулярного лечения различных морфологических форм злокачественного поражения печени. IV съезд онкологов и радиологов СНГ. – Баку, 2006. – 211 – 231с.
4. Aihara T., Noguchi S., Sasaki V. et al. Clonal analysis of precancerous lesion of hepatocellular carcinoma. - Gastroenterology, 1996. – P.111 – 450.
5. Anthony P.B. Liver cell dysplasia. – What is significance? – Hepatology, 1987. – P. 7 – 394.
6. Baker M.E., Pelley R. Hepatic metastases: basic principles and implications for radiologists. – Radiology, 1995. – P. 197-329.

УДК 616. 37-002- 008.6-099-089

СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ЭНДОТОКСИКОЗА И УРОВНЯ МИОГЛОБИНА СЫВОРОТКИ КРОВИ

Бойко А. А.

Ростовский государственный медицинский университет

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель: д.м.н., проф. Чернов В. Н.

Заболеваемость острым панкреатитом, как в России, так и за рубежом неуклонно растет. Доля пациентов с деструктивными формами панкреатита составляет 15-20%. При этом летальность в зависимости от объема некроза сохраняется на уровне 20% и выше [3]. С развитием панкреонекроза у 40-70% больных происходит инфицирование очагов некротической деструкции [2]. Именно эта категория больных представляет наиболее проблемную группу в диагностическом, лечебном и экономическом аспектах [1;4]. Среди причин высокой летальности одно из важных мест занимает поздняя диагностика инфекционных осложнений панкреонекроза.

В нашей работе мы попытались определить показания к оперативному лечению больных с острым панкреатитом на основе комплексной оценки состояния больного с учетом степени выраженности эндотоксикоза и уровня миоглобина в сыворотке крови.

Целью исследования явилось: улучшение результатов лечения больных острым панкреатитом и разработка алгоритма дифференцированного подхода к выбору лечебной тактики путем комплексной оценки состояния больного с учетом степени выраженности эндотоксикоза и уровня миоглобина в сыворотке крови как маркера гипоксии и некроза тканей поджелудочной железы при различных формах острого панкреатита и его осложнений.

В ходе исследования были определены задачи:

1) Исследовать и установить зависимость степени выраженности эндотоксикоза и уровня миоглобина крови как маркера гипоксии тканей от объема некроза поджелудочной железы и фазы патологического процесса у больных с острым панкреатитом.

2) Разработать алгоритм дифференцированного подхода к выбору лечебной тактики с учетом объективной оценки степени выраженности эндотоксикоза и уровня миоглобина в сыворотке крови на различных стадиях развития острого панкреатита.

Материал и методы исследования: 177 больных с острым панкреатитом, находившихся на лечении в хирургическом отделении ГБ № 1 г. Ростова-на-Дону. Диагноз острого панкреатита верифицирован на основании клинических симптомов, данных инструментальных методов исследования (УЗИ, КТ, ЭФГДС) и изменений в лабораторных показателях крови с учетом уровня амилазы и миоглобина. Степень тяжести эндотоксикоза определялась по предложенной в клинике схеме.

Результаты исследования: больные были разделены на три группы в зависимости от степени тяжести эндотоксикоза на момент поступления (таблица 1). Всем больным проводилась интенсивная терапия, включающая инфузионную дезинтоксикационную терапию, антибиотики широкого спектра действия (цефалоспорины III генерации в комбинации с производными фторхинолона и метрогилом), спазмолитики, ингибиторы протеолиза (контрикал, гордокс), ингибиторы экзокринной функции поджелудочной железы (октреотид), парентеральные формы антисекреторных препаратов (квamatел, лосек).

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от степени эндотоксикоза и этиологии панкреатита

Этиология панкреатита	Степень эндотоксикоза, абс. (%)			Всего, абс., (%)
	I	II	III	
Билиарный	37 (28,3)	6 (35,3)	8 (28,5)	51 (28,8)
Алиментарный	95 (71,7)	11 (64,7)	20 (71,5)	126 (71,2)
Всего	132 (74,6)	17 (9,8)	28 (15,6)	177 (100)

Основная часть больных (74,6%) поступала в стационар в течение первых суток с момента заболевания с явлениями эндотоксикоза I ст. В лабораторных анализах отмечалось незначительное повышение уровня амилазы крови ($38,6 \pm 0,4$ гл/ч), уровень миоглобина был в пределах нормы ($52 \pm 0,8$ нг/мл). При алиментарной этиологии панкреатита лечение в данной группе больных было консервативным и приводило к быстрому abortивному течению процесса. Больным с билиарными формами острого панкреатита (28,3%) в экстренном порядке были выполнены эндоскопические методы декомпрессии желчных путей (ЭПСТ, НБД, эндоскопическая холедохолитэкстракция). После купирования признаков острого панкреатита больным проводилось хирургическое лечение желчекаменной болезни (лапароскопическая холецистэктомия, холедохотомия из мини-доступа с холедохолитотомией). Летальных исходов в этой группе больных не было. В таблице 2 представлена динамика течения заболевания основанная на изменении лабораторных анализов крови. Имеется отчетливая положительная тенденция в лечении больных, прямая зависимость между затуханием клинических проявлений и нормализацией биохимических показателей крови.

Таблица 2

I ст. эндотоксикоза (n=132), сроки от начала заболевания $1,5 \pm 0,78$ сут.			
Показатели	1 сут.	3 сут.	7 сут.
Амилаза (гл/ч)	$38,6 \pm 0,4$	$32,5 \pm 0,6$	$30,2 \pm 0,5$
Миоглобин (нг/мл)	$52 \pm 0,8$	$48 \pm 0,8$	$32 \pm 0,9$
Лейкоцитоз (10 ⁹ /л)	$10,5 \pm 0,9$	$9,2 \pm 0,8$	$7,5 \pm 0,5$
Креатинин (мкмоль/мл)	$118 \pm 2,8$	$102 \pm 3,4$	$96 \pm 3,6$
Мочевина (ммоль/мл)	$9,0 \pm 1,1$	$8,2 \pm 1,0$	$7,8 \pm 0,6$

Вторая группа больных (9,8%) поступала в стационар на 2-5 сутки с момента заболевания, с умеренно выраженными явлениями ферментативной интоксикации, эндотоксикозом II ст. (Таблица 3)

Таблица 3

II ст. эндотоксикоза (n=17), сроки от начала заболевания $3,7 \pm 1,32$ сут.			
Консервативное лечение (n=12)			
Показатели	1 сут.	3 сут.	7 сут.
Амилаза (гл/ч)	$45,6 \pm 0,6$	$38,1 \pm 0,4$	$32,0 \pm 0,4$
Миоглобин (нг/мл)	$154 \pm 0,7$	$108 \pm 1,2$	$56 \pm 0,8$
Лейкоцитоз (10 ⁹ /л)	$12,8 \pm 1,2$	$10,8 \pm 1,0$	$8,8 \pm 1,2$
Креатинин (мкмоль/мл)	$158 \pm 3,4$	$124 \pm 3,2$	$116 \pm 2,8$
Мочевина (ммоль/мл)	$10,8 \pm 1,2$	$9,6 \pm 1,0$	$8,0 \pm 1,1$

Уровень амилазы крови при поступлении в данной группе больных составил $45,6 \pm 0,6$ гл/ч, отмечалось повышение уровня миоглобина до $154 \pm 0,7$ нг/мл. На фоне проводимой интенсивной терапии и декомпрессии желчевыводящих путей при билиарных формах острого панкреатита отмечено abortивное течение процесса с рассасыванием парапанкреатического инфильтрата, что сопровождалось постепенным уменьшением амилаземии и миоглобинемии. У 4 больных (36,6%) с алиментарным острым деструктивным панкреатитом и неинфицированным парапанкреатическим инфильтратом интенсивная консервативная терапия привела к ликвидации острого процесса в поджелудочной железе и постепенному рассасыванию инфильтрата, что сопровождалось постепенным уменьшением амилаземии и миоглобинемии. Из этой группы больных у 2-х в последующем сформировались ложные кисты поджелудочной железы, что потребовало хирургического лечения данной патологии (эндоскопическая гастростомия, чрезкожное дренирование под контролем УЗИ). У 3-х больных (27,3%) несмотря на интенсивную консервативную терапию отмечено инфицирование парапанкреатического инфильтрата, что сопровождалось достоверным повышением уровня миоглобина сыворотки крови до $278 \pm 3,2$ нг/мл и потребовало вскрытия отграниченных гнойных полостей с использованием малоинвазивных технологий (мини-доступ). У 4 больных (36,6%) на 2-3 сутки от момента поступления при отсутствии положительной динамики в лабораторных анализах, УЗ-картине и нарастании симптомов ферментативного перитонита выполнены закрытые операции – лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости и сальниковой сумки. У 2-х больных на 7-10 сутки после операции отмечено формирование отграниченных гнойных полостей в сальниковой сумке и парапанкреатической клетчатке, что сопровождалось повышением уровня миоглобина сыворотки крови до $312 \pm 4,8$ нг/мл и потребовало вскрытия гнойников с использованием малоинвазивных технологий (мини-доступ). Летальных исходов в этой группе больных не было. В таблице 4 представлена динамика течения заболевания у больных 2 группы которым было выполнено оперативное лечение.

Таблица 4

Оперативное лечение по поводу абсцедирования (n=5)			
Показатели	1 сут.	3 сут.	7 сут.
Амилаза (гл/ч)	$48,6 \pm 2,7$	$47,1 \pm 2,9$	$48,0 \pm 3,4$
Миоглобин (нг/мл)	$159 \pm 8,7$	$172 \pm 9,2$	$296 \pm 10,8$
Лейкоцитоз (109/л)	$12,6 \pm 1,9$	$12,8 \pm 1,8$	$14,8 \pm 1,7$
Креатинин (мкмоль/мл)	$155 \pm 14,4$	$164 \pm 13,2$	$176 \pm 12,8$
Мочевина (ммоль/мл)	$10,9 \pm 2,2$	$11,6 \pm 2,0$	$12,0 \pm 3,1$

Третью группу (15,6%) составили больные, поступающие на 6-10 сутки от момента заболевания с явлениями тяжелой ферментативной интоксикации, клиникой разлитого дооперационного перитонита, эндотоксикозом III ст. В таблице 4 представлена динамика лабораторных показателей крови в третьей группе больных. отмечается достоверное повышение уровня миоглобина, лейкоцитоза, остаточного азота, нарастание уровня шлаков.

Таблица 4

III ст. эндотоксикоза (n=28), сроки от начала заболевания $8,5 \pm 2,13$ сут.			
Показатели	1 сут.	3 сут.	7 сут.
Амилаза (гл/ч)	$56,6 \pm 0,8$	$58,2 \pm 2,2$	$35,3 \pm 3,4$
Миоглобин (нг/мл)	$562 \pm 1,2$	$588 \pm 10,8$	$616 \pm 16,6$
Лейкоцитоз (109/л)	$14,6 \pm 1,5$	$15,8 \pm 1,1$	$13,8 \pm 1,9$
Креатинин (мкмоль/мл)	$165 \pm 15,4$	$194 \pm 18,2$	$226 \pm 22,3$
Мочевина (ммоль/мл)	$11,8 \pm 2,5$	$13,6 \pm 2,4$	$16,0 \pm 3,0$

Уровень амилазы крови у данной группы больных составлял $56,6 \pm 0,8$ гл/ч, уровень миоглобина сыворотки крови составлял $562 \pm 1,2$ нг/мл. В этой группе больных после предварительной интенсивной предоперационной подготовки с целью дифференциальной диагностики между острыми заболеваниями брюшной полости выполнялась диагностическая лапароскопия, при которой обнаруживали признаки инфицированного деструктивного панкреатита, разлитого ферментативного перитонита, обширной забрюшинной флегмоны, в связи с чем выполнялась конверсия, санация и дренирование брюшной полости, сальниковой сумки, забрюшинного пространства, тотальная назоинтестинальная интубация. В последующем больным выполнялись программируемые релапаротомии, секвестрнекрэктомии. Летальность в этой группе составила 54,5%.

Заключение: Определение степени выраженности эндотоксикоза в комбинации с исследованием уровня миоглобина крови, с учетом сроков от момента заболевания, данных инструментальных и лабораторных методов обследования, позволяет прогнозировать течение острого панкреатита. Отмечается прямая зависимость между выраженностью эндотоксикоза, уровнем миоглобина крови и степенью тяжести заболевания, объемом патологических деструктивных процессов в поджелудочной железе. Данная закономерность позволяет определить показания к оперативному лечению в наиболее оптимальные сроки с момента заболевания, а также метод выполнения оперативного пособия. Полученные знания позволят улучшить результаты лечения больных острым панкреатитом, снизить послеоперационную летальность и уменьшить экономический аспект для лечения больных в данной нозологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александрова Д. А. Лечение панкреонекроза с учетом клинических вариантов деструкции поджелудочной железы и забрюшинного пространства. Военно-медицинский журнал, 2003; №9., с. 60.
2. Бурневич С.З., Гельфанд Б.Р., Орлов Б.Б. Деструктивный панкреатит: современное состояние проблемы. Вестник хирургии, 2000, №2, с.116-123
3. Вашетко Р.В., Толстой А. Д., Курыгин А. А. и др. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы: руководство для врачей. Ст-Петербург: Питер, 2000; 320 с.
4. Гостищев В. К., Глушко В. А. Панкреонекроз и его осложнения, основные принципы хирургической тактики. Хирургия, 2003, № 3, с.50-54.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ И Г. КРАСНОЯРСКЕ ЗА 2005–2007 ГГ.**Бойкова Н. А., Евмененко А. М.***Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого**Кафедра патологической анатомии им. проф. П. Г. Подзолкова***Научный руководитель: к.м.н., доц. Федякина С. П.**

Актуальность темы: В настоящее время рак шейки матки – наиболее распространенное злокачественное заболевание у женщин. Ежегодно в странах Европейского союза диагностируется более 25000 случаев рака шейки матки и около 12000 смертельных исходов от этого заболевания, что превышает число смертей от СПИДа и гепатита-В. В России рак шейки матки занимает 5 место среди злокачественных заболеваний у женщин.

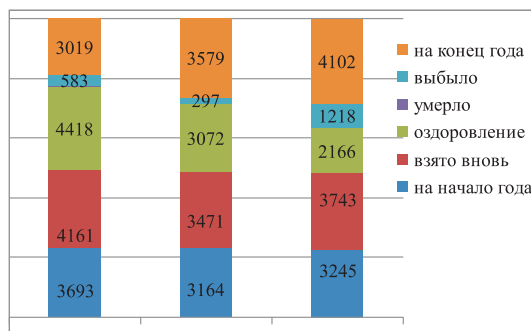
Цель исследования: Изучение закономерностей распространения рака шейки матки в Красноярском крае и г. Красноярске.

Задачи:

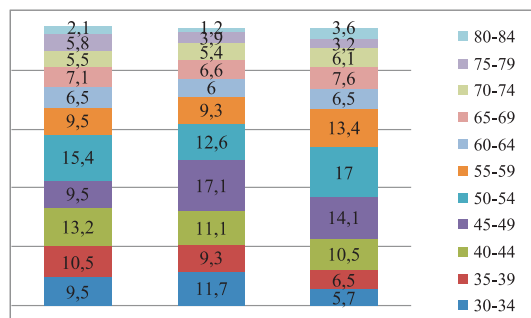
1. Определить динамику предраковых состояний шейки матки.
2. Выявить особенности распространения рака шейки матки в зависимости от возраста.
3. Определить распределения больных по стадиям процесса.
4. Изучить причины запущенности рака шейки матки.

Материал и методы исследования: Данная работа представляет собой клинко-эпидемиологическое исследование рака шейки матки в Красноярском крае и г. Красноярске. Анализ материала был проведен по данным отчетной статистики на базе Краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения Красноярского Краевого онкологического диспансера им. А. И. Крыжановского.

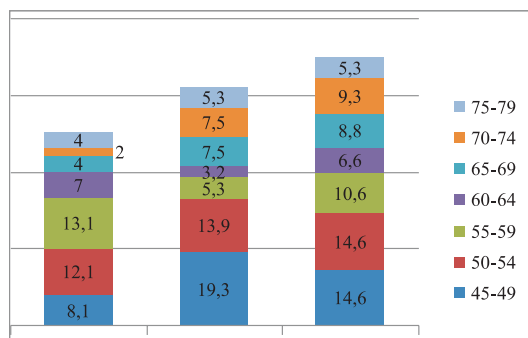
Результаты исследования: За период 2005-2007 гг. в Красноярском крае были выявлены предраковые состояния шейки матки. Отмечается уменьшение в 2006г. по отношению к 2005 на 529 человек, а в 2007г. число больных увеличилось на 81 человек.. (График 1)



Рассматривая заболеваемость раком шейки матки, среди возрастных групп по Красноярскому краю, мы пришли к выводу, что рак шейки матки наиболее распространен в возрасте 45-49 и 50-54. Так же можно отметить что увеличение числа больных в 2006 году в возрасте 45-49, можно связать с переходом женщин, больных раком шейки матки, в более позднюю возрастную группу 40-44. (График 2)



По распространенности рак шейки матки в г.Красноярске находится в таком же диапазоне, как и в Красноярском крае 45-49 и 50-54. (График 3)

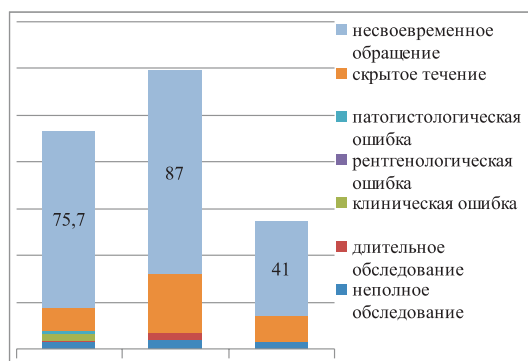


На графике можно отметить, что за последние три года в Красноярском крае распределение больных по стадиям процесса не изменилось. Лидирующее место занимает I-II стадия. (График 4)

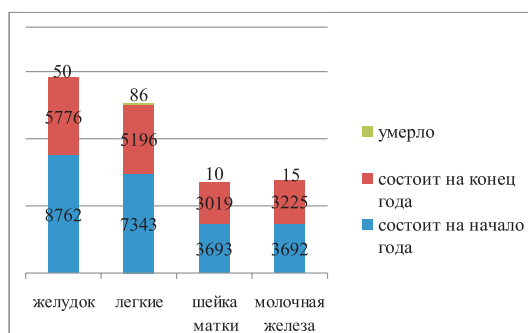


В г. Красноярске распространение больных по стадиям процесса не отличается от Красноярского края. В большей степени преобладает I-II стадия заболевания.

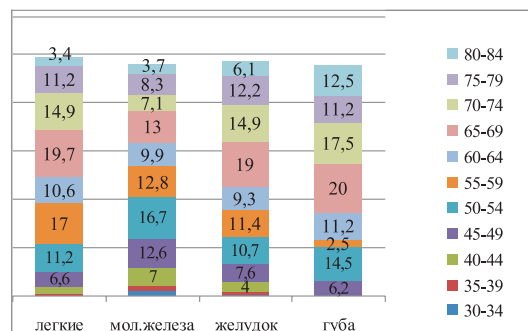
За период 2005-2007 гг. причины запущенности злокачественных новообразований не изменились, по-прежнему этой причиной является позднее обращение больных. Также отмечается уменьшение числа больных в 2007г. до 58 человек. (График 5)



Среди всех раковых заболеваний в 2005г. на первом месте находится рак желудка, на втором – легкие, замыкает тройку предрак шейки матки и молочной железы. (График 6)



Самая высокая онкологическая заболеваемость в 2005 году отмечается в возрастной группе 65-69 лет. (График 7)



Выводы:

1. За период 2005-2007гг. в Красноярском крае и г.Красноярске замечена тенденция к снижению показателей заболеваемости и смертности.
2. При оценке возрастных структур больных раком шейки матки выявлено, что самая высокая заболеваемость приходится на 45-49 и 50-54 года.
3. В ходе работы выявлено, что за период 2005-2007 гг. распределение больных по стадиям не изменено. Лидирует I-II стадии.
4. Причинами запущенности в диагностике являлась и является несвоевременное обращение, но 2005г., кроме этого, одной из причин были ошибки, клинические и патогистологические.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Чиссова В.И., Дарьяловой С.Л. – Онкология М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 720 с. (448-457 с.)
2. Козаченко В.П. Клиническая онкология: Руководство для врачей М.: ОАО «Издательство «медицина», 2005. – 376 с.: ил. ISBN 5-22504767-X (101-151 с.)
- 3.. Гилязутдиновой З.Ш. Михайлова М.К. Онкогинекология: Руководство для врачей М.: МЕДпресс, 2000. – 384 с. (135-158)
4. Струков А.И., Серов В.В.: Учебник Патологическая анатомия: – 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1993. – 688 с. (424 с.)

УДК 572(571.51-201)

ИСТОРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ О НАСЕЛЕНИИ ГОРОДА КРАСНОЯРСКА XVIII–XIX ВЕКОВ (ПЕРИОД ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ВСЕХСВЯТСКОГО НЕКРОПОЛЯ)

Бойцова Е. Б., Хамраева Э. Х.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра гистологии и эмбриологии*

Научные руководители: к.м.н., доц. Хапилина Е. А., асс. Стрелкович Н. Н.

Морфологические особенности скелета содержат чрезвычайно существенную информацию о сторонах жизнедеятельности и условиях жизни человека. Анатомы исследуют костяк в связи с морфологическими и функциональными особенностями человеческого организма в целом, что дает возможность составить суждение о конституциональных признаках и физическом развитии древних и современных народов. Для антропологов скелет является одним из основных предметов исследования, позволяющим значительно расширить и углубить расовую характеристику как древних, так и современных антропологических типов [1]. Основой такой информативности костей скелета является присущий им феномен пластичности, то есть способности реагировать структурными преобразованиями на различные экзо-, эндогенные воздействия и длительное время сохранять форму проявления ответных реакций [5]. Обнаружение в Красноярске Всехсвятского некрополя предоставило возможность на скелетной серии этого захоронения проводить всестороннее изучение костных останков для уточнения информации о физическом развитии населения города Красноярска, проживавшего в период времени с конца XVIII века до середины XIX века, что является отражением условий жизни населения города того времени, видов трудовой деятельности, питания и условий окружающей среды. Для более полного представления о населении того времени является целесообразным изучить исторические данные о сословном составе населения города Красноярска интересующего нас периода, о наиболее распространенных видах деятельности, ремеслах.

В конце XVIII столетия (по данным А. Ю.Тарасова в 1798 году) в Красноярске, со стороны реки Кача, при кладбище была построена деревянная церковь во имя Всех Святых, обозначавшая западную границу города. Всехсвятский некрополь располагался за городской чертой, в пределах нынешних улиц Оборона и Красной армии. Но в 1812 году церковь сгорела со всем ее имуществом и документами. После чего, по ходатайству населения, на месте сгоревшей церкви был построен и освящен (в 1820 году) каменный храм с открытием собственного прихода. При церкви имелась каменная часовня, две церковно-приходские школы (для мальчиков и для девочек), богадельня для престарелых и «призрения больных» и библиотека. Всехсвятская церковь имела самый большой в городе приход, который в 1916 году составил 5000 душ православного исповедания. Настоятелем церкви был Василий Стефанов Павлов, так же, по приказу Св. Синода, в штат входили два священника, диакон и два псаломщика. В 1842 году кладбище было перенесено на гору в Покровскую слободу. Всехсвятская церковь была уничтожена в 1930-х годах одной из первых в Красноярске просуществовав почти сотню лет - с конца XVIII до середины XIX века. После сноса на месте церкви в 40-х годах начали строить завод «Квант», большую часть кладбища при этом разрушили [7]. В 2004 году во время реконструкции завода были произведены археологические раскопки некрополя, всего были вскрыты 404 захоронения.

В XVII и первом десятилетии XVIII века Красноярск рос и развивался как военная крепость для противостояния в вооруженной борьбе с князьями енисейских киргизов и стоявшими за ними военно-феодальными южносибирскими государствами. Во втором десятилетии город становится видным центром сельскохозяйственной округи. Из части жителей города, ссыльных и вольных переселенцев к концу века появляется группа торгово-ремесленного населения. Среди занятий преобладали занятия, связанные с переработкой животного и растительного сырья (кожевенное, мыловаренное, свечное,

портновское, столярное и плотничье ремесла), а так же иконописание [6]. В XVIII и первой половине XIX века г. Красноярск (наряду с Енисейском, Туруханском, Ачинском, Каннском и Минусинском) входил в состав Приенисейского края, находящегося в центре Сибири, связывая Западную и Восточную ее части. Выгодное положение Красноярска на Енисее доставляло ему «важность коммерческую», так в 1760-х годах из Красноярска на плотах и барках сплавляли хлеб вниз по Енисею в Енисейск [2]. С началом пароходства в 1860 гг. Красноярск становится крупнейшим речным портом края, связующим звеном между Туруханском и Минусинском. Так же на развитие приенисейских городов оказало влияние проведение в середине XVIII века Московско – Сибирского тракта. Красноярск стал одним из важных пунктов транзитной торговли русских с Китаем, купцы закупали соболей и другую «мягкую рухлядь». По словам П.А. Словцова «проезды и купеческие зимние транспорты оживили быт Красноярска, ... город начал становиться чистеньким, хотя и небольшим» [4]. Довольно рано начали ощущаться следы экологического дисбаланса: коренные народности стали жаловаться на катастрофическое уменьшение количества пушного зверя и дичи в окрестностях Красноярска [3]. В 1830-1840-х гг. Красноярск становится крупным центром золотопромышленности, происходит «оживление местной жизни», а население края пополняется большим числом приезжих из различных мест центральной России и Западной Сибири [8]. На темпах роста города сильно отразился пожар, случившийся 25 июня 1773 года, уничтоживший большинство зданий (осталось лишь 30 домов), сгорел и деревянный острог [7]. Но уже через шестнадцать лет после этого происшествия город насчитывал уже 475 жилых строений. Среди жителей приенисейских городов насчитывалось 17 социальных категорий. Однако с течением времени, одни из них исчезали (ямщики, мастеровые, цеховые), а другие - появлялись (иногородцы, ссыльные, личные дворяне, почетные граждане). На протяжении всего рассматриваемого периода, большинство жителей относилось к податным слоям: мещанам, купцам, цеховым, крестьянам, разночинцам (табл. 1).

Таблица 1

Состав населения г. Красноярска (по данным Комлевой Е. В.)

Категория населения	1782г. (душ муж. пола)		1823г. (душ обоего пола)	
	Абс.	%	Абс.	%
Податные	787	63,3	2577	65,0
В том числе				
Купцы	74	6,0	67	1,7
Мещане	165	13,3	1749	44,1
Цеховые	–	–	111	2,8
Государственные крестьяне	517	41,6	120	3,0
Дворовые люди	31	2,5	109	2,8
Ссыльные	–	–	398	10,0
Неподатные	456	36,7	1385	35,0
В том числе				
Духовенство	50	4,0	71	1,8
Дворянство	38	3,1	–	–
Приказные чины	8	0,6	–	–
Воинские чины	325	26,1	612	15,4
Отставные чины	19	1,5	–	–
Разночинцы	–	–	23	0,6
Мастеровые	16	1,3	–	–
Чиновники и городовые казаки	–	–	697	17,6
Дворяне и чиновники вне службы	–	–	5	0,1
Всего	2197	100,0	3962	100,0

К 1840 году среди торгово-ремесленных слоев исчезла такая категория граждан как цеховые, зато появились почетные граждане, происходившие из купцов. Крупная административная губернская реформа 1822 года привела к образованию Енисейской губернии, в результате чего главным административным городом губернии становится Красноярск и к 1856 году он становится самым густонаселенным городом. По количеству купцов Красноярск вышел на первое место среди городов приенисейского края. Однако значительную категорию податного населения составляли государственные крестьяне, в конце XVIII века крестьяне составляли большинство горожан в Красноярске. К 1820-м годам начинает происходить сокращение удельного веса крестьянства. Так же одной из значительных категорий податного населения были дворовые. Начиная с 1820 г. ссыльные становятся заметной категорией населения не только в сельской местности, но и в городах, особенно много их было в Красноярске - 331 человек. Численность чиновничества и дворянства особенно возросла во второй четверти 19 века.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеев, В.П. Остеометрия. Методика антропологических исследований/ В.П. Алексеев. - М.: Наука, 1966 – 251 с.
2. Арсеньев, К.И. Гидрографическо-статистическое описание городов Российской империи//ЖМВД. - СПб., 1832. - С.24.
3. Бахрушин, С.В. Очерки по истории Красноярского уезда в XVII в.//Научные труды. М., 1959. - Т. IV. - С.114.
4. Воробьев, В.В. Города южной части Восточной Сибири (историко-географические очерки XVII – первая половина XIX в.). - Иркутск, 1959. - С.97-104.
5. Медведева, Н.Н. Закономерности изменчивости физического статуса и посткраниального скелета города Красноярска: Автореф. дис....д-ра мед. наук/Н.Н. Медведева. – Красноярск, 2004. – 36 с.
6. Мешалкин, П.Н. Красноярск. Очерки истории города/П.Н. Мешалкин. – Красноярск: Изд-во КГУ, 1988. – 167 с.
7. Тарасов, А.Ю. История изучения Красноярского острога/А.Ю. Тарасов//Древности Приенисейской Сибири: Сб. науч. тр. – Красноярск, 2003. – Вып.2. – С.78-81.

ЕЩЁ РАЗ О ВЕРЕ, О ПОДЛИННОСТИ, О СЕБЕ

Болотова А. Г.

*Омская государственная медицинская академия
Кафедра философии, социально-гуманитарных и экономических наук*
Научный руководитель: к.ф.н., доц. Зенец Н. Г

Разве мы не видим, как всюду видимость берёт верх над сущностью...?
(Э.-М. Чоран)

Как-то Мамардашвили заметил, что за другого нельзя умереть, как и полюбить, а мы добавим – как и поверить в Бога. Вера, любовь, мысли – это явления, феномены одного порядка, они взаимосвязаны. Но современному человеку, оторвавшемуся от своих корней, нужно восстанавливать все связи заново.

Вера может открыться только в душе конкретного человека. К вере не приходят коллективно, ведь не существует общих приёмов, методов, программ, которые достаточно усвоить и поверим «всем миром». Невозможно обрести веру, просто находясь в каком-либо сообществе людей и механически выполняя ритуал. Необходим духовный опыт и переживание.

В человеке изначально заложен некий опыт единства, родства с чем-то большим, выходящим за рамки понимания предметного мира. Стремление к обретению веры так же естественно, как стремление любить и быть любимым, так как Бог есть высшее проявление любви. Вера даёт возможность примирения двух миров: предметного бытия и «нашего непосредственного самобытия» [2: 313]. «Самобытие» человека наполнено стремлением в своём существовании дойти до сути, обрести единство с «личностным» и миром.

И. Ильин говорит о том, что в «наше время мы ни в чём так не нуждаемся, как в духовной очевидности. Ибо «сбились мы» и «следа» нам не видно. Но след, ведущий к духовному обновлению и возрождению, найти необходимо и возможно» [1: 134].

С. Франк пишет: «Путь к этому последнему единству, в котором наше внутренне бытие находит свою родину, все же не заказан нам, а, напротив, может быть нами найден» [2:314]. Внутреннее бытие есть глубинное бытие, душа – «искра вечного, божественного пламени» [1:314], без соединения с Богом она - сирота. Таким образом, человек в каком-то смысле обречён и открыт исканию.

В предметном мире результатом этих исканий стало создание огромного множества религиозных течений. Но откуда же берётся стремление у обретших веру объединяться в группы? Неужели для истинной веры нужна групповая поддержка? Ведь для любви она не нужна. Было бы странным наблюдать человека, которому для того, чтобы любить, необходимы были такие же влюблённые, как и он.

Объединение в группы – это первый подступ к созданию социальной организации. Вера же в этом случае оборачивается превращённой формой коллективизма.

Вера подобна пути одинокого воина духа, который борется с собой, со своим «убожеством».

Так зачем же нужен коллективизм? Для того, чтобы не чувствовать себя одиноким в своей вере, иметь единомышленников-единоверцев? Но как может быть духовно одинок человек, пришедший к Богу, достигший высшей ступени целостности, вернувшийся к истокам? Можно поделиться радостью, но разве можно поделиться верой?

Современное возрождение веры всего лишь реконструкция, музейный экспонат, воссозданный до мельчайших деталей, но лишённый живой сути. Отсутствие сути скрывается за ужесточением правил и норм. Чистое желание уже не рождает чистое действие. Недостаточно просто быть, нужно уже и что-то иметь. Вера «фиксируется» в предметном мире. Это чем-то напоминает деловые отношения: для того, чтобы переговорить с директором, необходимо пройти через его секретаря. Но к Богу человек приходит всегда сам, не через «секретаря».

Возможно ли вере отвести какое-то место, подобно тому, как отводят место под постройку здания? Вера «всеместна».

Почему так рьяно стремятся ревнители веры уместить Бога в рамки, отвести ему место для встреч и общения, напоминающие Интернет-кафе? Не из стремления ли удержать в своих руках связь с Богом и миром?

В окружающем нас запрограммированном мире суетливого беспокойства «нет больше контакта с землёй, всё, что с ней связано, стало для нас чуждым и непостижимым. Утратив всякие корни,... мы порвали не только с внутренней сущностью вещей, но даже и с их внешней оболочкой» [3:57]. Ильин говорит: «Чтобы увидеть духовное и священное, надо самому обратиться к миру из духа и святости» [1:158]. В современном мире этим оплотом духа и святости может стать только нерукотворный храм – природа, где ещё переживается трепет от величия, божественного присутствия. Возрождение веры не зависит от количества церквей и проповедников. И дело здесь даже не в архитектурных постройках или человеческом энтузиазме, а в возрождении самого опыта прикосновения к божественному как к вечному.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ильин И. А. Путь к очевидности. - М., 1993.
2. Франк С. Непостижимое: Онтологическое введение в философию религии. - М., 2007.
3. Э.-М. Чоран. Портрет цивилизованного человека / Апокалипсис смысла. Сборник работ западных философов XX – XXI вв. - М., 2007.

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ РОССИИ**Болсуновская Д. А.***Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого**Кафедра биологии с экологией и курсом фармакогнозии***Научный руководитель: асс. Дегерменджи Н. Н.**

Во многих странах мира обостряется проблема демографии. Россия тоже входит в их число. Наше исследование заключалось в том, чтобы показать какие произошли изменения в демографии России за последние 10 лет. Если сравнить численность населения России по сравнению с такими странами как Китай, Индия, страны Африки за 2001 год, то получится в Китае-1273 млн. человек, в Индии-1030, в странах Африки-754, а в России 145 млн. человек. Это очень существенная разница.

При изучении проблемы были взяты в рассмотрение теории Мальтуса и Дарвина. Смысл теории Мальтуса звучит так: численность населения растет в геометрической прогрессии, а прирост продуктов питания – в арифметической. Отсюда выживают наиболее приспособленные и сильные особи. Учение Дарвина же о естественном отборе, считают ученые, на человека не распространяются, так как человек – существо биосоциальной природы и живет по законам социума. Но биологическая природа человека все-таки первична – и мы задались целью проанализировать природу демографической ситуации в мире и нашей стране – что же первично в формировании изменения численности человечества в различных странах и в различных социальных группах людей. Биологические или социальные факторы оказывают доминирующее влияние на численность человечества.

Например, в странах Африки в последнее десятилетие XX века и по настоящее время критической проблемой социально-экономического и демографического развития стал СПИД. По данным ООН, на конец 2000 г. на планете насчитывалось 36,1 млн. ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом. Из них подавляющее число-25,3 млн. человек (70%)-приходится на Африку. Между тем, в Африке проживает лишь 12,5% населения Земли. Из 22 млн. умерших в мире от СПИДа ¾ приходится на Африку. По оценке Отдела народонаселения ООН, СПИД «украл» у жителей многих стран Африки в среднем от 10 до 20 лет жизни. Прогнозная продолжительность жизни к 2000 г. в большинстве стран не достигнута. Так в Южной Африке она должна была составить 63 года, а в действительности оказалась 57 лет. По прогнозам, к 2010 году в Зимбабве средняя продолжительность жизни сократится на 25 лет, а в Уганде она уже к 1998 г. сократилась на 16 лет. Это яркий пример того, как социальные факторы влияют на численность человечества, хотя голод именно в странах Африки – явление обычное, а это фактор биологический.

Проанализировав собранный материал, согласно проведенным расчетам за 1990 и 2000 годы коэффициент естественного движения в России родившихся уменьшился с 13,4 до 8,7; а умерших наоборот увеличился с 11,2 до 15,4. Также большую роль в демографии играет статистика абортов. На 1000 женщин приходится 83 аборта. Если сравнить с западом, то в Германии – 5, Австрии – 7, а во Франции 14 абортов.

Даже, делая прогноз по численности населения на 2025 год, ученые не смогли спрогнозировать изменение численности населения России. Какие факторы здесь могут выйти на первое место?

Решению этой проблемы могут способствовать законы правительства, направленные на улучшение сложившейся ситуации и улучшение медицинского обслуживания всех слоев населения. Что касается помощи медицины, то в ближайшее время в Красноярском крае появится два современных медицинских центра – кардиохирургический и перинатальный. Со стороны правительства стало больше выделяться денег на детские пособия, бесплатные лекарственные средства детям до трех лет и специальные молочные продукты детям до двух лет из малообеспеченных семей. Также большие надежды правительство России возлагает на принятый закон о выплате пособия в 312 тысяч рублей на второго ребенка. Но сейчас многое стало зависеть от экономического кризиса, многие люди остались без заработной платы и без работы. Вот это все в совокупности и мешает улучшению демографического положения в стране. Естественно, при этом трудно ждать увеличения рождаемости. Остается надеяться только на то, что правительство примет какой – то новый серьезный проект возрождения семьи, охраны материнства и детства или социальное самосознание наших россиян возрастет! Но в любом случае, преобладание социального фактора очевидно.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бернштам М. Сколько жить русскому народу. Размышления американского демографа, Москва, 1990, №5.
2. Брачность и рождаемость. Население России 1998.
3. Вишневский А. Г. Демографическая революция. Статистика, 1976.
4. Захаров С.В., Иванова Е.И. Региональная дифференциация рождаемости в России, 1959-1994 гг. Проблемы прогнозирования. 1996.
5. Захаров С.В., Иванова Е.И. Что происходит с рождаемостью в России? Российский демографический журнал. 1996.
6. Иллюстрированный атлас мира, «Ридерз Дайджест», Бельгия, 2002 г.
7. Кваша А.Я. Демографическое развитие России. Вестник РАН, 1994, №11.
8. Козлов В. И. Динамика численности народов. Методология исследования и основные факторы. Наука, 1969.
9. Попов В. П. Причины сокращения численности населения РСФСР после Великой Отечественной войны. Социологические исследования, 1994, №10.

ДЛИТЕЛЬНАЯ ВНУТРИАОРТАЛЬНАЯ ИНФУЗИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ОСТРОГО ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА**Бондаренко С. А., Шаломай Е. В.***Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого**Кафедра урологии, андрологии и сексологии ИПО***Научный руководитель: к.м.н., доц. Павловская З. А.**

Введение. Пилонефрит – бактериальная форма интерстициального нефрита, самое частое и опасное заболевание почек у беременных. У 1-17% женщин он осложняет течение 2-3 триместров беременности, занимая второе место по частоте среди экстрагенитальных заболеваний. Возникновение и развитие гестационного пиелонефрита обусловлено наличием

инфекционного очага в организме, нарушением уродинамики верхних мочевых путей (ВМП), пузырно-мочеточниковым рефлюксом (ПМР). Повышение уровня глюкокортикоидов во время беременности способствует гипотонии и гипокинезии мочевыводящих путей. В поздние сроки беременности нарушения уродинамики усугубляются сдавлением мочевыводящих путей увеличивающейся маткой. В 3,8-11,8% случаев у беременных развиваются разные формы острого гнойно-деструктивного гестационного пиелонефрита (ОГДП). Несмотря на значительные успехи в изучении этиопатогенеза и лечении, меры раннего выявления и стадирования заболевания остаются недостаточно эффективными. По данным И. В. Михайлова (2006), агрессивный характер ОГДП подтверждается высокой частотой (27,4%) развития бактериотоксического шока, острой почечной недостаточности (7,5%), острой печеночной недостаточности (5,7%), отека легких (1,9%).

Такое течение ОГДП с развитием опасных для жизни септических осложнений наблюдаются в случаях неадекватной терапии тяжелой мочевой инфекции, длительно проводимой на догоспитальном и стационарном этапах лечения у беременных (А. А. Довлатян, 2008). В большинстве случаев это связано с отсутствием ранних четких клинических и ультразвуковых признаков, характерных для перехода серозной формы заболевания в гнойную. В последние годы все чаще стали у беременных ГП проводить ультразвуковую доплерографию (УЗДГ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ), позволяющие не только объективно диагностировать и в большинстве случаев стадировать заболевание, но и выбрать адекватный метод патогенетического лечения. По мнению О.И.Братчикова и соавт. (2001), в проблеме ГП много нерешенных вопросов и все усилия урологов, направленные на их решение, могут только приветствоваться.

Методика и методы. За период с 2006 по 2008г в ККБ №1 проведено лечение 64 женщинам с острым ГП в сроки беременности от 18 до 36 недель. В большинстве случаев воспалительный процесс развивался в правой почке.

При обращении, пациентки предъявляли жалобы на лихорадку с ознобом, боли в поясничной области, присутствовали признаки интоксикации. При бимануальной пальпации на пораженной стороне отмечались болезненность, напряжение мышц живота, усиление болей при глубоком вдохе. В лабораторных анализах – анемия, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, лимфопения, лейкоцитурия, бактериурия. При УЗИ у всех женщин отмечалось расширение чашечно-лоханочной системы пораженной почки. 50 пациенткам на фоне восстановленного пассажа мочи им назначалась антимикробная, дезинтоксикационная, иммунокорректирующая терапия.

Эффект от проводимого консервативного лечения отмечен у всех женщин.

У 14 пациенток клиническая картина ГП проявлялась гектической лихорадкой, тахикардией, гипотонией, гастроинтестинальным синдромом, головной болью, недомоганием. Среди лабораторных показателей настораживали высокий гиперлейкоцитоз, суперсдвиг формулы влево, появление юных форм, выраженной лимфопении, анэозинофилии. При УЗИ кроме признаков суправезикальной обструкции в паренхиме почки были выявлены гипэхогенные очаги размером от 0,5 до 2,5 см неправильной треугольных или округлой формы, в центре которых кровоток был снижен, отмечалось наличие сосудов, огибающих выше указанные очаги. 10 больным с ГДП для целенаправленного подведения, создания постоянной и стойкой концентрации АБП в очаге воспаления в пораженной почке использовали метод ДВАИ - длительной внутриаортальной инфузии лекарственных препаратов (Граков Б.С. и соавт., 1992). ККБ располагает большим опытом успешного использования в комплексе интенсивной терапии у больных с гнойными процессами внутриартериального введения антибактериальных и реологически активных препаратов. Метод позволяет уменьшить нарушения кровообращения, в 1,39-2,84 раза увеличить концентрацию лекарственных препаратов в очаге воспаления. Учитывая, что при развитии острого гнойного пиелонефрита аналогичные изменения нередко наблюдаются и в контрлатеральной почке, мы использовали метод длительной внутриаортальной инфузии лекарственных веществ по катетеру, введенному в аорту выше отхождения почечных артерий. Из АБП наиболее часто использовали цефотаксим в среднесуточной дозе. Инфузию АБП чередовали с введением реологически активных препаратов. У всех беременных на фоне ДВАИ быстро отмечалась положительная динамика: нормализовалась температура тела, купировались боли в поясничной области, уменьшался лейкоцитоз, количество палочкоядерных клеток, увеличивалось количество лимфоцитов. В среднем инфузия длилась 4-5 дней, в последующем продолжалась обычная антибактериальная парентеральная инфузионная терапия. Ультразвуковые признаки воспаления в почке регрессировали на 7-12 день от начала лечения.

4 больным (4,7%) удалось купировать острый гнойный гестационный пиелонефрит путем оперативного вмешательства: у 3 из них в связи с диффузным деструктивным процессом была удалена почка, забрюшинное пространство дренировано. В одном случае операция ограничилась нефропиелостомией, декапсуляцией почки, иссечением карбункула, дренированием забрюшинного пространства. В послеоперационном периоде продолжалась интенсивная антибактериальная, инфузионная терапия с использованием метода ДВАИ. Одну молодую женщину (1,6%), поздно доставленную в ККБ с острым гнойным гестационным пиелонефритом, уросепсисом, бактериотоксическим шоком, полиорганной недостаточностью, спасти не удалось и после нефрэктомии.



Результаты: Ранняя диагностика и стадирование заболевания, своевременное восстановление пассажа мочи из пораженной почки, адекватная антимикробная, дезинтоксикационная, иммунокорректирующая терапия позволили в 93,7% наблюдений купировать атаку острого пиелонефрита, не прибегая к открытым оперативным пособиям. Оперативное лечение потребовалось 4 беременным в связи с развитием диффузного гнойного пиелонефрита, 3 из них была выполнена нефрэктомия, 1 – органосохраняющая операция. Умерла 1 женщина в связи с некупирующимся уросепсисом, полиорганной недостаточностью несмотря на интенсивную комплексную терапию в послеоперационном периоде.

Заключение: Анализ течения острого гестационного пиелонефрита у 64 больных позволяет рекомендовать следующую схему патогенетического лечения данного заболевания:

1. При развитии острого серозного, диффузно-гнойного (недеструктивного) гестационного пиелонефрита – устранение уродинамических нарушений, антимикробная, дезинтоксикационная, иммунокорректирующая терапия.
2. При выявлении очаговых инфильтративных гнойно-воспалительных изменений в пораженной почке без четких явлений деструкции, либо при отсутствии эффекта в течение 1- 2 суток от выше указанной проводимой консервативной терапии на фоне восстановленного пассажа мочи – продолжение комплексной интенсивной терапии уже с использованием введения антибактериальных и реологически активных препаратов методом ДВАИ
3. При развернутой клинике острого гнойного пиелонефрита показано неотложное оперативное вмешательство. Если при ревизии почки выявлено тотальное поражение гнойными элементами с явлениями бактериотоксического шока или сепсиса на фоне снижения иммунного статуса – нефрэктомия. В случае очагового гнойно-деструктивного процесса – органосохраняющие операции. В послеоперационном периоде продолжать активную комбинированную терапию с использованием для введения лекарственных препаратов метод ДВАИ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аляев Ю.Г., М.А.Газимиев, Д.В.Еникеев: Современные аспекты диагностики и лечения гестационного пиелонефрита /Урология,2008,1, с3-6)
2. Михайлов И.В.: Гестационный пиелонефрит : клинко-патогенетические и диагностические аспекты: автореф. Дис....д.м.н.. Саратов; 2006. 13-14).
3. Довлатян А.А. Острый пиелонефрит беременных. М.: Медицина;2004.

УДК 617.572-001.5-089-053.2

АНАЛИЗ РАННИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЧРЕЗЫШЦЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Борисова О. И., Чуйков М. А., Якимова С. И.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра детской хирургии с курсом ПО*

Научный руководитель: асс. Дударев В. А.

Введение. Среди повреждений дистального отдела плечевой кости у детей чрезмыщелковые переломы встречаются с наибольшей частотой. По данным различных авторов эти повреждения составляют 77,8% (Меркулов 2008г). Чрезмыщелковые переломы плечевой кости (далее ЧППК) по числу и тяжести осложнений занимают ведущее место среди всех переломов локтевого сустава, сопровождаются смещением костных отломков и требуют репозиции. В настоящее время разработаны различные способы репозиции чрезмыщелковых переломов; самыми распространенными на сегодняшний день являются – одномоментная закрытая репозиция с фиксацией конечности гипсовой лонгетой, скелетное вытяжение, закрытая репозиция и металлоостеосинтез, открытая репозиция. Но несмотря на накопленный теоретический и практический материал актуальными остаются вопросы диагностики осложнений чрезмыщелковых переломов плечевой кости. Процесс лечения связан с техническими трудностями вправления, вторичными смещениями фрагментов перелома, осложнениями и неблагоприятными исходами. При общепринятых методах лечения часто встречаются повреждения периферических нервов, неправильно сросшиеся переломы, контрактуры локтевого сустава, оссификаты и оссифицирующие гематомы параартикулярных мягких тканей. Невозможность диагностики нервных и сосудистых расстройств путем рентгенологического обследования, недоучет данных клинического обследования и характера травмы часто приводят к развитию скрытых и долговременных нарушений иннервации и нарушений кровообращения в дистальных отделах верхней конечности. Поздняя госпитализация этой группы больных усложняет диагностику, увеличивает объем оказания необходимой специализированной медицинской помощи и усугубляет прогноз патологии.

Цель. Провести анализ ранних и отдаленных результатов лечения чрезмыщелковых переломов дистального отдела плечевой кости.

Задачи. Изучить клинко-анатомические особенности переломов дистального отдела плечевой кости. Провести анкетирование и клинко-рентгенологический осмотр больных с чрезмыщелковыми переломами плечевой кости. Оценить эффективность различных методов лечения чрезмыщелковых переломов у детей с помощью клинических и малоинвазивных методов обследования. Провести анализ возможных осложнений и их лечения с последующей реабилитацией. Разработать оптимальный алгоритм хирургического лечения и реабилитации детей при данной патологии.

Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования и лечения 161 ребенка, находившихся на лечении в ДТОО ГКБ №20 г.Красноярска в период с 2000 по 2008г с диагнозом чрезмыщелковый перелом плечевой кости со смещением. Больные были разделены на 2 группы: 55 детей входили в исследуемую группу, а 106 детей в контрольную. С целью оценки полученных анатомо-функциональных результатов лечения мы применяли сравнительное исследование состояния больной и здоровой руки по интегрированной схеме С.П.Миронова (2000г). Оценка производилась по пяти параметрам: полнота восстановления объема движения в суставе, отклонение от нормальной оси конечности. Полнота восстановления мышечной силы в кисти, величина плечеголовчатого угла и величина диафизарно-метафизарного угла. Каждый из параметров оценивался в 5 баллах. При 25 баллах результат считался отличным, 24-20 баллах – хорошим, 19-15 баллах – удовлетворительным, при менее 15 баллах – неудовлетворительным.

Результаты. Чрезмыщелковые переломы плечевой кости у исследуемых больных были систематизированы: по тяжести повреждения и по типу расстройств регионарного кровообращения. Распределение больных по степени тяжести

ЧППК определялось по шкале. I степень тяжести ЧППК соответствовала 9 баллам, куда были отнесены переломы с легкими неврологическими расстройствами (ушиб 1 нерва), сопровождающиеся умеренным отеком мягких тканей области сустава, плеча и предплечья, после однократной закрытой репозиции. В исследуемой группе количество больных с I степенью тяжести составило – 27 (49,1%), средний балл – $6,1 \pm 0,3$; в контрольной группе – 72 (67,9%) больных, средний балл – $6,0 \pm 0,2$. II степень тяжести соответствовала 10-15 баллам и характеризовалась осложненными, грубыми, обратимыми неврологическими и сосудистыми расстройствами в конечности. В исследуемой группе количество больных с II степенью тяжести составило – 22 (40%), средний балл – $12,9 \pm 0,2$; в контрольной группе – 26 (24,5%) больных, средний балл – $12,8 \pm 0,2$. III степень тяжести соответствовала 16 и более баллам и характеризовалась грубыми необратимыми расстройствами иннервации и кровообращения в поврежденной конечности. В исследуемой группе количество больных с III степенью тяжести составило – 6 (10,9%), средний балл – $17,3 \pm 0,3$; в контрольной группе – 8 (7,6%) больных, средний балл – $17,4 \pm 0,4$. В процессе исследования было установлено, что степень тяжести увеличивается в зависимости от времени, прошедшего от момента травмы до госпитализации в клинику. При сравнении средних показателей балльных оценок у больных, госпитализированных до 6 часов и через 6 часов и более после травмы, по t-критерию выявлены значимые различия ($p < 0,001$). Было выявлено, что наиболее частыми смещениями костных отломков в группе исследуемых больных являлись: в сагитальной плоскости – разгибательное смещение (смещение дистального отломка под углом или по ширине кзади) у 139 (86,3%) случаев; во фронтальной плоскости – угловое смещение или по ширине кнутри – 105 (65,2%) случаев; ротация проксимального отломка кнаружи, а дистального кнутри – 105 (65,2%) случаев. Также были отмечены некоторые особенности ротационного смещения отломков при ЧППК. Преобладает внутренняя ротация дистального отломка плечевой кости – 105 (65,2%) случаев, наружная – 56 (34,8%). У наблюдаемых больных отмечены также различия в направлении ротации дистального отломка плечевой кости на правой и левой руках. При локализации ЧППК справа наблюдалась чаще наружная ротация дистального фрагмента – 37 (23%), при локализации слева – внутренняя в 78 (48,4%) случаев. В процессе исследования определены 2 типа регионарных расстройств кровообращения в поврежденной конечности: I типа (немедленный) – у 35 (21,7%) больных, и II типа (медленные) наблюдающиеся у 80 (49,7%) больных. В наших наблюдениях нарушения иннервации, возникающие у больных с ЧППК, разделены на три типа. I тип (травматический) возникает в результате механического повреждения нервного ствола в момент травмы или репозиции. II тип (ишемический) возникает вследствие ишемии нервных стволов на фоне компрессии сосудистого русла одномоментно или постепенно. III тип (смешанный) представляет результат сочетания обоих факторов: механического повреждения нерва в момент травмы и усугубление повреждения вследствие ишемии. Среди больных в обеих группах I (травматический) тип повреждения нервов наблюдался у 105 (65,3%) больных, II (ишемический) тип – у 24 (15,5%), III (смешанный) тип – у 30 (19,2%). Среди поврежденных нервов верхней конечности у больных с ЧППК у 52 (32,3%) больных регистрировались повреждения срединного нерва, лучевого у 37 (23,4%) больных, локтевого в 23 (14,9%) случаях. Повреждение более одного нерва имело место у 47 (29,3%) больных, из них у 14 повреждение трех нервов – 14,9% от общего количества больных. У больных исследуемых групп выявлено 248 поврежденных нервных стволов. Наиболее часто повреждался срединный нерв – 103 (41,5%), лучевой нерв – 96 (38,7%), локтевой – 49 (19,8%). У больных с повреждением одного нервного ствола чаще наблюдались расстройства I (травматического) типа, при нарушении функции двух и трех нервов чаще встречались неврологические расстройства II (ишемического) и III (смешанного) типов. При увеличении количества поврежденных нервных стволов возрастала роль фактора ишемии.

Сочетание регионарных сосудистых и неврологических расстройств в конечностях при ЧППК установлено у 86 (80,4%) больных в ГЛ и у 12 (20%) больных в ГКС. В процессе исследования также проводилась оценка показателей объема движения в локтевом суставе отдельно у консервативно и оперативно пролеченных больных. При оценке полученных объемов было установлено, что в группе консервативно пролеченных больных дефицит сгибания в локтевом суставе составлял $7,8 \pm 1,2$ (при объеме движения $44,2 \pm 1,3$, по сравнению со здоровым суставом – $36,2 \pm 0,6$), дефицит разгибания – $12,4 \pm 1,9$ (при объеме $173,6 \pm 1,4$, в сравнении со здоровым – $186,3 \pm 0,7$). Объем движений в локтевом суставе у оперированных больных также различался с объемом движений в контралатеральном суставе. Оценка полученных объемов движений в суставе у больных оперированных до 6 часов показывает, что дефицит сгибания составляет $1,6 \pm 0,5$ ($37,7 \pm 1,1$ в оперированном суставе, $36,2 \pm 0,6$ в здоровом), дефицит разгибания – $2,3 \pm 0,5$ ($184,9 \pm 0,8$ в оперированном суставе, $186,3 \pm 0,7$ в здоровом). Оценка полученных объемов движений у больных оперированных после 6 и более часов – дефицит сгибания $5,4 \pm 1,1$ ($41,2 \pm 1,2$ в оперированном суставе, $36,2 \pm 0,6$ в здоровом), дефицит разгибания – $4,2 \pm 0,8$ ($182,5 \pm 0,8$ в оперированном суставе, $186,3 \pm 0,7$ в здоровом). При сравнении средних значений показателей объемов движений в обеих группах установлено, что в обоих случаях нарушается функция сгибания и только в группе консервативно пролеченных больных функция сустава больше нарушена вследствие дефицита разгибания. Для анализа отделенных результатов лечения ЧППК проводилась оценка наличия осложнений с помощью усредненного показателя. Усредненный показатель (УП) – это рейтинговая система оценки исходов травм, разработанная с помощью методов математической статистики и нейросетевого программирования и оценивающаяся по шкале от 0 до 9 баллов. Расчет УП проводился на основании критериев – выраженности болевого синдрома, возможности свободного движения в локтевом суставе и субъективного мнения пациента. При УП 0-1 баллов исход травмы оценивался как отличный, от 2 до 4 баллов – как хороший, от 5 до 6 баллов – как удовлетворительный, от 7 до 9 баллов – как неудовлетворительный. Параллельно также проводилось анкетирование больных. По данным анкетирования выясняли объем проведения реабилитационных мероприятий после выписки из стационара, а также причины, по которым реабилитация не проводилась. Среди поздних осложнений травм сустава выделялись такие, как замедленная консолидация и несращение переломов, укорочение конечности и контрактуры локтевого сустава. В исследуемой группе конечный результат был расценен как отличный в 20% случаев, как хороший в 52,7% случаев, как удовлетворительный в 21,8% случаев и как неудовлетворительный в 5,5% случаев. Общий результат: отличные – 39 (24,2%), хороший – 71 (44%), удовлетворительный – 40 (24,8%), неудовлетворительный – 11 (7%) случаев. Прослеживалась четкая зависимость результата от наличия или отсутствия реабилитационных мероприятий после стационарного лечения. Исход травмы в группе больных, прошедших полный курс реабилитационных мероприятий, был достоверно лучше, чем в группе больных, получавших лишь частичную реабилитацию или вовсе не получавших ее. По данным анкетирования, 11% больных не получали никакой реабилитации после выписки из стационара и только 89% пациентов были проведены (полностью или частично) реабилитационные мероприятия, включающие в себя массаж, физиотерапию, лечебную физкультуру.

Исход травмы в группе больных, прошедших полный курс реабилитационных мероприятий (УП $3,8 \pm 0,13$ балла), был достоверно лучше ($p < 0,05$), чем в группе больных, получавших лишь частичную реабилитацию или вовсе не получавших ее (УП $6,1 \pm 0,07$ балла). Среди причин, по которым больные не проходили реабилитацию, 6% человек в анкетах указали, что им не было рекомендовано и они ничего не знают о подобной возможности. 19% больных отказались проходить реабилитацию по различным причинам, 68% указывали на сложность и малодоступность реабилитации и лишь 7% больных отказались от реабилитации, так как не испытывали беспокойства со стороны локтевого сустава.

Выводы:

1. Закрытая репозиция со стабильным остеосинтезом с помощью спиц является эффективным методом лечения детей с чрезмыщелковыми переломами плечевой кости.
2. Степень тяжести ЧППК у детей увеличивается в зависимости от времени прошедшего с момента травмы – у больных поступивших позже 6 часов выявляются выраженные региональные нарушения кровообращения и неврологические расстройства.
3. Хирургическая коррекция проводится в зависимости от степени тяжести – чем позже проводится хирургическое лечение, тем длительнее реабилитация детей и труднее добиться хороших результатов.
4. Хирургическое лечение позволяет добиться полной ликвидации смещения отломков и снижения послеоперационных осложнений.

УДК 617.72: 612.5

ПЕРСПЕКТИВЫ ЛОКАЛЬНОЙ ИСКУССТВЕННОЙ ГИПЕРТЕРМИИ ГЛАЗА

Борщева Ю. С., Смбатян А. С., Пабст С. А., Шаткова Е. А., Лысенко М. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра офтальмологии с курсом ПО*

Научный руководитель: доц., к.м.н. Иванов В. В.

Актуальность. Медицинская гипертермия это вид термотерапии, основанный на контролируемом, временном повышении температуры тела, отдельного органа или части органа, пораженного патологическим процессом, свыше 39°C до $44-45^{\circ}\text{C}$ [2]. Верхняя граница гипертермии ограничена температурой, при которой, по существующим представлениям, объемный кровоток в нормальных тканях падает вследствие развития диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Гипертермия является опасным стрессирующим состоянием. Однако теплолечение - древнейший метод саногенеза, а искусственная гипертермия имеет предпосылки стать медицинской технологией XXI века. Она подразделяется на общую и локальную управляемую гипертермию. Метод общей управляемой гипертермии активно изучался в течение последних четырех десятилетий XX века [4].

Касаясь практической реализации искусственной гипертермии, следует учитывать положительные и отрицательные стороны применяемых способов. В настоящее время выяснено, что под влиянием гипертермии снижается токсичность химиотерапии, повышается резистентность здоровых тканей к ионизирующему излучению, установлено ее вирусоподавляющее свойство [1]. В условиях общей управляемой гипертермии установлено увеличение скорости мозгового кровотока и возрастание парциального напряжения кислорода крови [4].

Под влиянием локальной гипертермии происходят местные ответные реакции нагреваемой ткани. Изменяется гемодинамика, процессы синтеза и обмена веществ.

Воздействие локальной управляемой гипертермии на ткани глаза практически не изучено. Теплолечение в глазной практике применяется в целях оказания противовоспалительного, обезболивающего, антиспазматического и рассасывающего действия. В качестве теплолечебных средств используют парафин, озокерит, грязь, песок, припарки, грелки, фен, компрессы и примочки. Между тем исследования Л. Я. Шерешевской (1948) показали, что температура в конъюнктивальном мешке после аппликации на глаз парафина, нагретого до 65°C , повышается незначительно – на $0,3-0,9^{\circ}\text{C}$. Под влиянием аппликаций улучшается крово- и лимфообращение, повышается местный тканевой обмен, усиливается фагоцитарная функция элементов соединительной ткани, быстрее исчезают отеки, ускоряется рассасывание диффузных помутнений стекловидного тела, улучшается питание и трофика кожи. После экстракции хрусталика ускоряется рассасывание его волокон [3].

Цели и задачи. В описанной выше методике воздействие осуществляется не непосредственно на ткани глаза, а опосредованно, через веки, мы же ставим целью, изучить влияние управляемого локального тепла, воздействующего непосредственно в области цилиарного тела, определить допустимый порог нагревания, изменение гидродинамики внутриглазной жидкости и парциального напряжения кислорода в ней.

В ходе эксперимента мы ставим задачу выяснить возможности применения управляемой локальной гипертермии в офтальмологии с терапевтической целью.

Материалы и методы. Для эксперимента используются лабораторные животные (кролики), с помощью офтальмоанизотерма осуществляется локальное тепловое воздействие на ткани глаза в области цилиарного тела. С целью контроля применяется термометрия внутриглазной жидкости в передней и задней камерах глаз, гистологическое исследование тканей, подвергшейся температурному воздействию.

Результаты. На первом этапе исследования в эксперименте на кролике проведено предварительное определение верхней границы нагревания глаза, выявлено, что при воздействии температуры свыше 40°C в ткани, подвергшейся воздействию, гистологически определяются изменения, характерные для ожога, что дает возможность рассматривать целесообразность использования метода при лечении новообразований цилиарной области, в том числе и в сочетании с химио- и лучевой терапией.

В перспективе необходимо установить влияние умеренного согревания на метаболические, гемо- и гидродинамические изменения в глазу, для определения возможности использования данного метода в лечении дегенеративных изменений глаз, а так же с целью улучшения трофических и регенеративных процессов.

Вывод. В доступных литературных источниках мы не нашли описания локальной гипертермии глаза, но имеющиеся у нас данные, позволяют предположить возможность применения данного метода с применением высокой температуры с целью деструкции новообразований, а также с применением умеренного нагревания с целью стимуляции регенеративных и метаболических процессов, лечения дегенеративных состояний глаз. Это дает возможность предполагать, что локальная гипертермия глаз имеет перспективы развития и внедрения в офтальмологическую практику и применения в качестве вспомогательной лечебной технологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Зеленина Н. В., Андреева Л. И., Горянчук В. В. Действие непродолжительного умеренного нагревания организма здорового человека на периферические лимфоциты. Цитология, 2000; 42 (2):166-9
2. Патент Российской Федерации № 2126667 “Способ общей управляемой гипертермии человеческого организма” с приоритетом от 5 мая 1998 г.
3. Сосин И.Н., Левченко О.Г. Физиотерапия глазных болезней. – Ташкент, 1988. – С. 76-82
4. Сувернев А.В., Верещагин И.П. и др. Клинические эффекты общей управляемой гипертермии (43,5-44оС) //Клиническая и экономическая эффективность современных мед. технологий, методов диагностики и лечения: Тез. докладов науч-практ. конф. - М., 2001. - С.221-222

УДК 617.7-001(571.5-201)

КРИМИНАЛЬНЫЕ ТРАВМЫ ГЛАЗ У ВЗРОСЛЫХ В Г. КРАСНОЯРСКЕ

Борщева Ю. С.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра офтальмологии с курсом последипломного образования

Научный руководитель: д.м.н. Козина Е. В.

Актуальность. В течение последних лет в офтальмотравматологии принято выделять, так называемую, криминальную травму, в связи с увеличением ее удельного веса в структуре глазного травматизма. [1,2] По ее распространенности и характеру можно косвенно дать оценку криминальной ситуации, судить о стабильности обстановки в стране в целом, экстраполировать на перспективу для формирования адекватных обстановке организационных медицинских мероприятий.

Цели и задачи. Проводя данный статистический анализ, мы ставили целью изучить структуру криминальной травмы в офтальмотравматологии в настоящее время, сравнить полученные нами результаты с данными предыдущих исследований (исследование Иванова В.В. и др., 1995г) [3], определить, как изменились показатели за десять лет.

Материал и методы. Нами проведен анализ криминальной травмы по обращаемости взрослого населения в краевой глазной травмпункт г. Красноярска в 2002-2004гг. в сравнении с аналогичными данными 1992-1994 гг. (основываясь на исследовании Иванова В.В. и др., 1995г) [3].

В 2002-2004 гг. общее число обратившихся по поводу различных повреждений глазного яблока и его защитного аппарата криминального характера 2235 человек, что составило 5% от всей обращаемости в отделение неотложной офтальмологической помощи (этот показатель в два раза больше аналогичного десятилетней давности). Таким образом, учитывая данные численности населения Красноярска на исследуемый период времени, частота криминальной травмы составила 2,4 на 1000 взрослого населения жителей Красноярска.

В течение 10 лет изменений в половозрастной структуре лиц, нуждающихся в экстренной медицинской помощи, с повреждениями органа зрения криминального характера не произошло. В 2002-2004гг. обратившихся мужчин – 75,9%, женщин – 24,1% (в 1992-1994гг. - 75,1% и 24,9% соответственно). Подавляющее большинство пострадавших - люди трудоспособного возраста. Средний возраст составлял 30,8±12,64 года, у мужчин – 30,5±12,47, у женщин – 31,68±13,14 (что совпадает с показателями 1992-1994гг.). По социальному статусу распределение было следующим: представители рабочих специальностей – 33,8%, неработающие граждане – 24,2%, учащиеся – 17,0%, служащие – 16,5%, прочие (сотрудники милиции и частных охранных предприятий) – 3,7%, пенсионеры – 3,4%. К сожалению, аналогичных данных десятилетней давности обнаружить не удалось.

По распространенности максимальное количество криминальных травм было получено в, так называемых, районах с высокой степенью индустриализации - Советском (24,2%) и Ленинском (14,2%), минимальное – в историческом центре города – Центральном районе (7,1%). В 5,9% случаев повреждение органов зрения произошло в окрестностях Красноярска и других районах Красноярского края.

Средний срок между получением травмы и обращением в медицинское учреждение составил 17 часов 23 минуты (у мужчин – 17 часов 32 минут, у женщин – 16 часов 53 минут). Преимущественно обращения происходили в первые сутки после травм (в 73% случаев), для мужчин этот показатель был выше, чем у женщин (74,5% и 67,4% соответственно). В 27% обращение происходило позднее 24 часов с момента получения травмы. К этой группе относятся половина всех случаев, совершенных за пределами города Красноярска, и почти треть всех госпитализированных с тяжелыми повреждениями органов зрения криминального характера.

В подавляющем большинстве случаев травмы были нанесены тупыми предметами, в 5,2% - с применением газовых баллончиков и пистолетов, и менее чем в 1 % случаев использовалось огнестрельное или пневматическое оружие.

Структура повреждений была следующей:

- контузии придаточного аппарата – 83,2%. Из них с переломом костей орбиты – 20,8%, ранениями век – 31,4%, ретробульбарными гематомами – 1,6%, осложнениями воспалительного характера – 2,2% (64,3% из которых наблюдались при обращении спустя более суток с момента травмы) сочетанные с повреждением глазного яблока – 60,5%;

- контузии глазного яблока – 5,5%;

- проникающие ранения – 2,8%;

- химические ожоги – 6,2% (что составляет 5,7% от числа всех случаев ожогов роговицы, конъюнктивы и кожи век за исследуемый период времени). В 84,8% при криминальной травме причиной ожогов было применение газового оружия, в остальных случаях они были вызваны другими химическими веществами, в том числе, алкоголем.

При анализе динамики структуры повреждений при криминальной травме за 10 лет можно отметить увеличение числа контузий придаточного аппарата (на 13,3%), снижение распространенности контузий глазного яблока (на 1,3%), химических ожогов (на 9%). Частота проникающих ранений сохранилась практически на прежнем уровне (в 1992-1994 гг. она составляла 3%).

Повреждения обоих глаз встречались в 14,6% случаев. Сочетанные травмы глаза с повреждением других органов наблюдались в 7,9% (из них сопровождалась ЗЧМТ 47,5%), в связи с чем, во всех подобных случаях, была рекомендована консультация других специалистов (нейрохирурга, оториноларинголога, челюстно-лицевого и общих хирургов и пр.).

В подавляющем большинстве амбулаторных обращений повреждения органа зрения при криминальной травме носили характер легких. При этом острота зрения пострадавшего глаза (с переносимой коррекцией) в среднем составляла $0,8 \pm 0,29$. Ее снижение, при отсутствии ранее приобретенной глазной патологии, обуславливали травматические эрозии роговицы (16,7%), патология сетчатки (8,5%), кровоизлияния в переднюю камеру (4%), а так же химические ожоги роговицы и конъюнктивы.

В течение 10 лет значительно снизился процент лиц, нуждающихся в стационарном лечении в результате полученной травмы с 12,7% в (1992-1994гг.) до 5,5%, что составило 12,2% случаев всей экстренной госпитализации в офтальмотравмотологическое отделение за исследуемый нами период времени. В таких случаях криминальная травма отличалась особой тяжестью и сопровождалась значительным нарушением зрительных функций. Острота зрения в этой группе составляла $0,12 \pm 0,27$. При этом проникающие ранения встречались несколько чаще, нежели тяжелые контузии глазного яблока (в 48,8% и 34,8% соответственно). У госпитализированных больных в 29,2% случаев наблюдались разрывы наружной оболочки глаза, в 23,5% - внутриглазные кровоизлияния, 10,4% - повреждения хрусталика, в 4,1% - разрушение глазного яблока, в 4,0% - отрыв зрительного нерва.

Первичная микрохирургическая обработка у госпитализированных в данной группе больных требовалась в 58,3% (11% - от всех хирургических вмешательств, проведенных в данный период времени по поводу всех травм глаза).

В амбулаторных условиях было прооперировано 15,9% обратившихся за неотложной помощью по поводу криминальной травмы глаза. Всего в результате полученной травмы в оперативном лечении нуждалось 18,9% пациентов (что на 2,2% больше этого показателя за 1992-1994гг.).

Результаты и выводы. Результаты исследования показывают, что кардинальных изменений ни по половозрастным характеристикам, ни по структуре криминальных глазных травм, ни по их тяжести не произошло. Однако, приведенные выше данные свидетельствуют об увеличении количества криминальных травм органа зрения у взрослого населения Красноярска, что может говорить о возрастающей актуальности данной проблемы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гундорова Р.А., Малаян А.С. Поражения органа зрения при катастрофах. – Ереван, 1991. – 62 с.
2. Гундорова Р.А., Степанов А.В., Курбанова Н.Ф. Современная офтальмотравматология. – М., 2007. – 256 с.
3. Иванов В.В., Хайвинбо Т.А., Шелег П.В. и др. Клинико-статистическая характеристика криминальных травм глаз // Повреждения глаз при экстремальных ситуациях. – М., 1995. – С.21-22.

УДК 612.118.221.2:159.9:371.71

ВЗАИМОСВЯЗЬ ГРУППЫ КРОВИ С ТЕМПЕРАМЕНТОМ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Бочарова А. С., Лабенская О. К., Чанчикова У. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра физиологии*

Научный руководитель: к.м.н., ст. преп. Потылицина В. Ю.

Введение: группа крови, являясь четким генетическим отпечатком, идентифицирует человека столь же достоверно, как и ваша ДНК.

В группе крови закодированы физиологические, биохимические особенности, которые напрямую связаны с таким понятием, как характер. Информация о характере человека заложена в его физиологической структуре, на клеточном уровне. Кровь - главная жидкость нашего организма. Именно поэтому кровь - главный носитель информации и на физиологическом уровне. Кровь в большой степени состоит из воды, которая в ее составе обладает свойством переносить информацию, вступает во взаимодействия с иными биологическими веществами. Так, кровь становится носителем особого биологического кода. Это биологический код, которым на молекулярном уровне представлена своеобразная программа жизни и развития человека. Характер, разум, интуиция, сознание - это то, что «наверху». А «внизу» нашей главной «руководящей и направляющей силой» является кровь.

Поэтому, свою группу крови должен знать каждый человек. Ведь в нашей крови на молекулярном уровне заложена та матрица, та программа, которой мы должны придерживаться, чтобы жить благополучно и полностью реализовать себя в жизни.

Цель исследования: проследить зависимость характера человека от его группы крови, подтвердить важность знания своей группы крови каждым человеком.

Задачи исследования:

1. Анализ литературных источников по проблеме исследования.
2. Выявление группы крови у студентов медиков.
3. Выявление особенностей характера студентов медиков: темперамент, лидерские качества и т.д.
4. Прослеживание зависимости особенностей характера человека от группы крови.
5. Формулировка выводов.

Гипотеза нашего исследования:

Существует зависимость особенностей характера человека, предрасположенности к различным заболеваниям от группы крови человека.

Процедура исследования:

В соответствии с целями и задачами нашей работы была разработана следующая процедура исследования.

Первый этап включил в себя диагностическое исследование с использованием соответствующих методик. Были проведены:

1. Определение групп крови

2. Определение формально-динамических свойств индивидуальности по методу В.М. Русалова.

3. Тест на определение общительности и определение лидерских качеств.

На втором этапе мы обработали результаты и проанализировали данные диагностики. Были выявлены различия людей, имеющих разную группу крови, в некоторых качествах характера, темперамента.

На третьем этапе были сформулированы выводы.

Исследование проводилось в ноябре - март 2008-2009гг. учебного года на базе 2курса ФФМО КрасГМУ.

Анализ и интерпретация результатов исследования:

Люди, обладающие какой-то определённой группой крови, распределены по земному шару неравномерно: где-то преобладает одна группа крови, где-то - другая. Так, выяснилось, что среди студентов 2 курса нашего университета преобладают студенты с - I группой крови – 37,11% (131 чел.), II группу крови имеют 32,86% (116 чел.), III – 25,5% (90 чел.), а «носителем» IV группы крови являются 2,55% учащихся (9 чел.), к сожалению, есть студенты, которые не знают свою группу крови их 1,98% (7 чел.).

Если мы будем рассматривать по факультетам, то получим, что:

- на ФФМО лечебное дело, также как на ФФМО стоматология преобладает I группа крови (40,41% и 36,11%, соответственно).

- на ФФМО педиатрия преобладает II группа крови (36,36%).

Лидерские качества:

Среди учащихся с I группой крови в 3,5 раза чаще встречаются лидеры. Лидерство - это то, для чего созданы люди с этой группой крови. Причем они могут быть как формальными, так и неформальными лидерами.

Из всех протестированных «носителей» II группы крови всего лишь 27,6% являются лидерами. Может показаться, что А-люди плохо приспособлены к бурной, хлопотной и напряженной жизни лидера. Но не нужно утверждать, будто такие люди не могут становиться лидерами. Также 72,4% протестированных не способны к лидерству.

Быть настоящим лидером не способен ни один из протестированных студентов с III группой крови. Эти люди с трудом принимают решения.

На лидерство студенты с IV группой крови не претендуют. Такие люди в большинстве случаев руководствуются чувствами, эмоциями, а не разумом.

Коммуникабельность:

Так, преобладающее большинство «носителей» I группы крови (66,7%) действительно общительные люди. Таким людям трудно оставаться в одиночестве, им нужно быть среди людей, в центре какой-нибудь кипучей деятельности, чтобы вокруг всё вертелось и крутилось. 33,3% студентов с этой же группой крови нравится быть в одиночестве.

Студенты, обладающие II группой крови, как правило, общительны - некоторые более (54,5%), некоторые менее (45,5%). Они хорошо уживаются в коллективе, это «общественные» люди - не одиночки, не индивидуалисты.

10,8% студентов медиков III группой крови общительны. Они легко ладят с самыми разными людьми и вписываются в любую обстановку. Таким людям интереснее всего там, где есть коллектив.

Люди с IV группой крови появились вследствие слияния раздражительных, чувствительных А-натур с более уравновешенными, сосредоточенными, устойчивыми В-характерами. Результат - одухотворенная личность, открытая навстречу общению. Результаты тестирования подтверждают это: все протестированные студенты - общительные люди.

Темпераменты:

У студентов с I группой крови наиболее часто встречаются такие темпераменты, как сангвиник и флегматик (40-45%). Это лишний раз подтверждает энергичность, работоспособность, активность людей с I группой крови.

Темпераменты, выявленные у студентов со II группой крови - сангвиник, холерик, флегматик (31-35%), что говорит о разносторонности таких людей. С одной стороны такие студенты сдержаны в проявлении своих чувств, даже немного замкнуты в себе: достаточно сдержаны внешне, но сильно могут переживать внутри; с другой - необузданны, нетерпеливы, вспыльчивы, склонны к резкости (холерик).

У «носителей» III группы крови присутствуют такие типы темперамента, как сангвиник, холерик и меланхолик, отличающийся сильной эмоциональной возбудимостью. Так, проанализировав эти сведения, можно сделать вывод, что люди с III группой крови являются многогранными личностями.

Темпераменты, выявленные у людей с IV группой крови: сангвиник, флегматик. Такие люди могут быть разными: тактичными и деликатными, резкими и грубыми, спокойными и взрывными. Но чаще всего они контролируют свои эмоции.

Реакция на стрессовые ситуации:

Самые устойчивые к стрессовым ситуациям люди - люди с I группой крови. Они живут спокойно и размеренно, разумно, успевают быстро справиться с проблемами, встающими на их пути.

А люди, имеющие II группу крови, наиболее подвержены стрессу. Они честолюбивы и мечтают о карьере. Для них важно мнение других, и это держит таких людей в состоянии стресса. То, что люди со II группой крови наиболее подвержены стрессу, объясняет и тот факт, что среди них много холериков, которые необузданны и вспыльчивы.

«Носители» III группы крови достаточно спокойные люди. Их жизнь наполнена деятельностью и напряжением. Они страдают от стресса как в положительном смысле этого слова (т.е. у них есть стремление чего-нибудь достигать), так и в отрицательном. Это следует из того, что у людей с III группой крови сочетаются такие темпераменты, как сангвиник и холерик.

«Ступенька» людей, имеющих IV группу крови, находится между «ступеньками» людей со II и III группой крови, потому что такие люди вобрали в себя качества людей с этими группами крови.

Цвет и здоровье:

По нашим исследованиям мы можем сказать, что студенты I группы крови больше предпочитают красный, оранжевый цвета, II и IV групп крови выбирают голубые и зелёные тона, III группы крови предпочитают цвета предыдущих групп + добавляют оттенки фиолетового цвета.

Вывод:

1. Как показали исследования люди с I группой крови настойчиво идут вперед, рискуют. «Бороться, искать, найти и не сдаваться» - это их девиз. Покой переносят плохо, это люди вечного движения. «Носители» I группы крови прямо, ясно, четко выражают свои мысли, чувства и желания. Среди них много сангвиников.

2. «Носители» II группы крови больше предпочитают традицию, чем новизну, склонны к анализу и самоанализу. Эти студенты обязательны и исполнительны, вносят порядок и гармонию; без таких людей царил бы полный хаос. Все эмоции выплескивают наружу. Вспыльчивы, но отходчивы, быстро прощают обиды, не держат их в себе. На все реагируют бурно. Они наиболее подвержены стрессу, объясняет и тот факт, что среди них много холериков, которые необузданны и вспыльчивы.

3. В-люди - индивидуалисты. Они не всегда считаются с мнениями других людей, делают так, как надо им самим. Им необходимы свежие впечатления, новизна, разнообразие. Творческое мышление, умение находить оригинальный выход во всех ситуациях. Среди этих студентов преобладают, как сангвиники, так и меланхолики.

4. Люди с IV группой крови, по данным исследования, предпочитают стабильный, устойчивый образ жизни, любят постоянство и комфорт. Данный тип подходит к флегматикам.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеева Н.А. Калейдоскоп родительских собраний. Методические разработки. Выпуск 2. - М. ТЦ «Сфера», 2003г., с. 144.
2. Д'Адамо Питер, Уитни Кэтрин. Перевод с англ. Зиновьев Т.Ф.; худ. Обл. Драко М.В. 4 группы крови - 4 пути к здоровью. - 2-е изд. - Мн.: ООО «Попурри», 2001г., с. 416: ил. - (Серия «Здоровье в любом возрасте»).
3. Немов Р.С. Психология (в трех книгах), книга 1, М., 1998.
4. Рогов Е.И. Психология общения. - М.: Гуманит. изд. Центр ВЛАДОС, 2001г., с.336: ил. - (Азбука психологии).
5. Покровский В.И., Энциклопедия здоровья. В 4 томах. Т. 1. - М: ИПО «Автор», 1998 г., с. 272, 8 л.

УДК 616.25-002.31-031.81-089.15

ОБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ ДЛЯ ВЫБОРА РАЦИОНАЛЬНОЙ ТАКТИКИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Бриток В. А.

Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера

Кафедра нормальной, топографической и клинической анатомии, оперативной хирургии

Научные руководители: д.м.н., проф. Баландина И. А., к.м.н., доц. Амарантов Д. Г.

На сегодняшний день приоритетными методиками оперативного лечения больных с острой эмпиемой плевры являются оперативная торакоскопия и закрытое дренирование плевральной полости. Торакоскопия дает возможность полноценно санировать и дренировать плевральную полость. При этом торакоскопия является достаточно травматичной процедурой, противопоказанной при тяжелом состоянии больного. Дренирование не сопряжено с большой операционной травмой, однако оно не дает возможности разъединить фрагменты нагноения, удалить гнойно-некротические секвестры, установить дренаж в оптимальную дренирующую позицию, что ухудшает эффективность лечения. Ошибочная переоценка тяжести состояния больного вынуждает врача отказаться от торакоскопии и ограничиться дренированием и, напротив, недооценка тяжести состояния может привести к выполнению торакоскопии больному, которому эта процедура противопоказана. В обоих случаях это приводит к ухудшению клинических результатов. Как правило, вопрос – выполнять дренирование или торакоскопию, врач решает на основании субъективной оценки тяжести состояния больного. Таким образом, решение этого принципиально важного вопроса ставит в прямую зависимость от квалификации, личного опыта и предпочтений врача.

Мы поставили перед собой цель: разработать объективный и доступный для большинства лечебных учреждений способ выбора методики оперативного вмешательства у больных с острой эмпиемой плевры в зависимости от тяжести общего состояния.

За основу мы взяли проверенную многими исследователями в пульмонологии шкалу оценки тяжести состояния SAPS II. Мы учитывали тот факт, что в связи с отсутствием технических возможностей некоторые критерии этой шкалы недоступны для повседневной практики практического здравоохранения. Поэтому оценку тяжести состояния проводили без учета таких параметров как pH артериальной крови, уровня FO₂, PaO₂.

Для анализа мы взяли группу из 157 больных с тотальными и субтотальными эмпиемами плевры, которые поступили в отделение торакальной хирургии в период 2000-2008 гг. и были госпитализированы в течение первых 2-х суток в отделение реанимации или в палату интенсивной терапии. Тяжесть состояния оценивали по шкале SAPS II. В первые сутки тяжесть состояния у всех больных составила более 10 баллов. В зависимости от вида выполненного оперативного вмешательства больных разделили на две группы. В I группу вошли 89 больных, которым при поступлении выполнили торакоскопию, во вторую – 68 человек, которым при поступлении выполнили дренирование. В обеих группах выделили подгруппы больных в зависимости от тяжести состояния, оцененной в баллах по шкале SAPS II в первые сутки от поступления: 10–15 баллов; 16–20 баллов; 21–25 баллов; 26–30 баллов; 30 и более баллов. Для оценки динамики тяжести состояния больных мы вычисляли разницу между средним количеством баллов в первые и во вторые сутки от поступления в клинику в каждой подгруппе. Положительную разницу считали положительной клинической динамикой, отрицательную – отрицательной.

Динамика изменения тяжести состояния, оцененная разницей баллов шкалы SAPS II среди 89 (100%) больных I группы, которым при поступлении выполняли торакоскопию, выглядела следующим образом. В подгруппе из 11 (12,36%) больных, имевших при поступлении в клинику тяжесть состояния, оцененную в 10–15 баллов по шкале SAPS II, получили положительную динамику в 3,5±0,2 балла. После выполнения торакоскопии у 38 (42,7%) пациентов подгруппы 16–20 баллов по шкале SAPS II была достигнута положительная динамика в 2,2±0,2 балла. У 24 (26,97%) больных, имевших при поступлении 21–25 баллов по шкале SAPS II, на 2-е сутки отмечали некоторую отрицательную динамику -0,6±0,2 балла. После выполнения торакоскопии у 16 (17,98%) больных с 26–30 баллами по шкале SAPS II была получена отрицательная динамика -2,6±0,2 балла. Пациентам тяжести состояния, которых оценивалась в 30 и более баллов по шкале SAPS II торакоскопии не выполняли.

Среди 68 (100%) больных II группы, которым при поступлении выполнялось дренирование, отметили следующую динамику изменения тяжести состояния. В подгруппе больных, имевших при поступлении 10–15 баллов по шкале SAPS II, дренирование выполнили у 4 (5,88%) пациентов. При этом была достигнута положительная динамика в 3,1±0,2 балла.

У 8 (11,76%) больных, имевших при поступлении в клинику 16-20 баллов по шкале SAPS II, на 2-е сутки констатировали положительную динамику, составившую $1,8 \pm 0,2$ балла. У 20 (29,41%) пациентов, имевших при поступлении в клинику 21-25 баллов по шкале SAPS II, положительная динамика составила $1,6 \pm 0,2$ балла. И у 22 (32,35%) больных, имевших при поступлении 26–30 баллов по шкале SAPS II, отмечали положительную динамику, составившую $0,8 \pm 0,2$ балла. 14 (20,59%) пациентам, имевшим при поступлении более 30 баллов, ввиду субъективно определенной выраженной тяжести состояния выполняли только дренирование. У этих больных на 2-е сутки отмечали отрицательную динамику $-0,3 \pm 0,1$ балла.

В обеих группах у больных с тяжестью состояния, оцененной по шкале SAPS II в 10–15 и в 16–20 баллов, была получена отчетливая положительная динамика. Это позволяет сделать вывод, что у больных с острыми тотальными и субтотальными эмпиемами плевры, при исходной тяжести состояния до 20 баллов по шкале SAPS II торакоскопия не наносит сколько-нибудь ощутимой операционной травмы.

У пациентов I группы, имевших при поступлении 20–25 баллов по шкале SAPS II, на 2-е сутки сформировалась незначительная отрицательная динамика в $-0,3$ балла. Во II группе у больных аналогичной подгруппы получена положительная динамика. Таким образом, выполнение торакоскопии у этих больных не приводит к значительному ухудшению тяжести состояния, а при выполнении дренирования формируется отчетливая положительная динамика.

При тяжести состояния, оцененной в 26-30 баллов по шкале SAPS II, на 2-е сутки после выполнения торакоскопии отмечали ухудшение состояния, тогда, как после выполнения дренирования сохраняется некоторая положительная динамика.

И, наконец, у больных с тяжестью состояния, характеризующейся более чем 30 баллов по шкале SAPS II, несмотря на выполненное дренирование, состояние к концу 2-х суток остается крайне тяжелым.

Проведенные исследования позволили сделать вывод, что у пациентов, тяжесть состояния которых при поступлении оценена менее чем в 20 баллов по шкале SAPS II, можно без какого-либо ущерба для общего состояния больного выполнять торакоскопию. У пациентов, тяжесть состояния которых оценена в 21–25 баллов по шкале SAPS II, необходимо воздержаться от каких-либо продолжительных и травматичных манипуляций в плевральной полости. Выполнение простого дренирования можно дополнить торакоскопической установкой дренажа в оптимальную дренирующую позицию, либо извлечением крупного, свободнолежащего гнойно-некротического секвестра.

У пациентов с тяжестью состояния более 25 баллов по шкале SAPS II нужно выполнять только простое дренирование, а показания к торакоскопии определять лишь при улучшении состояния до уровня 20 и менее баллов по шкале SAPS II.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Зильбер А.П. Объективизация тяжести состояния больных. В кн.: Зильбер А.П. (ред.) Медицина критических состояний. Пертозаводск. Изд-во Пертозавод. ун-та. 1995. С. 131-146
2. Перепелицын В.Н. Малоинвазивные способы хирургического лечения неспецифической эмпиемы плевры: автореф. дис. д-ра мед. наук / В.Н. Перепелицын. – Пермь, 1996. – 40 с.
3. Плечев В.В. Грудная хирургия: Проблемы. Решения / В.В. Плечев, Р.Г. Фатихов // Уфа: Изд-во БГМУ, 2003. – 240 с.
4. Порханов В.А. Видеоторакоскопическое лечение эмпиемы плевры / В.А. Порханов, В.Н. Бодня, В.Б. Кононенко // Эндоскопическая хирургия: тез. III Всерос. съезда по эндоскопии. – М., 2000. – № 2. – 53 с.
5. Almirall J., Mesalles E., Klamburg J. et al. Prognostic factors of pneumonia requiring admission to the intensive care unit. Ibid. 1995; 107: 511-516.
6. G. Cohen Primary thoracoscopic treatment of empyema in children / G. Cohen, V. Hjordtal, M. Ricd, A. Jaffe [et al.] // J. Thorac Cardiovasc. Surg. – 2003. – Jan.; 125 (1): 79–83; discussion 83.
7. Sennett M., Knaus W. A. Predicting patient outcome from intensive care: a guide to APACHE, MPM, SAPS, PRISM, and other prognostic scoring systems. Intensive Care Med. 1990; 5: 33-52.

УДК 616.366-003.7-089:616-085-089.5

КОМБИНИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МЕКСИДОЛА И ДАЛАРГИНА В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Брюханова П. А., Красавина Е. Ю.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра анестезиологии и реаниматологии № 1 ИПО*

Научные руководители: д.м.н., проф. Назаров И. П., асс. Михайлович П. Ю.

Введение. Одной из актуальных проблем клинической анестезиологии является усовершенствование методов анестезиологического пособия, основой которого является не только защита пациента от болевой импульсации, но и применение дополнительных коктейлей фармакологических препаратов, которые способны эффективно предупреждать негативные вегетативные и нейроэндокринные реакции организма пациента на операционную травму, а также обладать антигипоксическими и антиоксидантными свойствами. В целом ряде работ доказана необходимость применения в качестве компонента анестезиологической защиты комбинирования двух препаратов : даларгина- синтетического аналога нейрорепептида лейэнкефалина, содержащего ключевую последовательность аминокислот всех опиоидов (тирозин-глицин-глицин-фенилаланин), который является неселективным агонистом мю- и сигма-рецепторов и мексидола (2-этил-6-метил-3-оксипиридина сукцината), который является ингибитором свободных радикалов и мембранопротектором. Эти препараты обладают выраженным стресс-протективным действием, стабилизируют гемодинамику, улучшают реологические свойства крови, игибируют чрезмерные гормональные реакции, повышают устойчивость организма к гипоксии, предупреждают нарушения в системе микроциркуляции. В общедоступной литературе нет сведений о возможности комплексного использования в анестезиологической практике в периоперационном периоде даларгина и мексидола у больных с патологией билиарной системы, а именно при проведении плановых и экстренных холецистэктомий, выполненных по жизненным показаниям

Цель исследования. Повысить эффективность периоперационной защиты у больных с высоким анестезиологическим риском при операциях на желчновыводящих путях, путем выбора методики анестезии, обеспечивающей высокий уровень нейровегетативной, стресс-протективной, антиоксидантной и антигипоксической защиты, за счет применения нового лечебно-диагностического комплекса, основанного на использовании хемилуминесцентного анализа.

Материалы и методы исследования. Данная работа основана на результатах исследования, проведенного в период 2009 г. на базе Красноярской городской клинической больницы №7, у 30 пациентов с желчно-каменной болезнью, которым была выполнена холецистэктомия из «мини-доступа». Среди обследованных было 8 мужчин (26,6%) и 22 женщины (73,4%) в возрасте от 40 до 78 лет. По возрасту больные распределились следующим образом: 40-50 лет – 9 человек (30 %), 50-60 лет – 8 человек (26,6 %), 60-70 лет – 10 человек (33,3 %), 70-80 лет – 7 человек (23,3 %). Средний возраст больных в контрольной группе составил $58 \pm 1,3$ лет, в исследуемых – $62,6 \pm 1,2$ и $57 \pm 1,3$ соответственно. Достоверного различия по возрасту между группами не было ($p > 0,25$). Масса тела больных контрольной группы – $88 \pm 0,41$ кг, в исследуемых – $90 \pm 0,44$ кг, – $91 \pm 0,43$ кг соответственно, без достоверного различия между группами ($p > 0,25$). Объективным статусом тяжести анестезиологического риска по классификации американского общества анестезиологов по (ASA) II – 25 человек (83,3%), III – 5 человек (16,7%).

Общая характеристика сопутствующих заболеваний, диагностированных до операции у больных с патологией желчно-выводящих путей

Таблица 1

Патология	Контрольная I группа Количество Проценты	Исследуемая II группа Количество Проценты	Исследуемая III группа Количество Проценты	Итого: Количество Проценты
Гипертоническая болезнь	7 70%	6 60%	7 70%	20 66,6%
Ишемическая болезнь сердца	3 30%	4 40%	5 50%	12 40%
Сахарный диабет	2 20%	3 30%	3 30%	8 26,6%
Ожирение	3 30%	2 20%	4 40%	9 30%
Варикозное расширение вен нижних конечностей	5 50%	6 60%	7 70%	18 60%
Бронхиальная астма	0	1 10%	1 10%	2 6,6%

Пациентам была выполнена операция: холецистэктомия, из «мини-доступа». Операции проводились в условиях многокомпонентной внутривенной анестезии с тотальной миоплегией и искусственной вентиляцией легких, по следующей схеме. Премедикация, которая включала в себя внутримышечное введение за 30 минут до операции следующих препаратов: промедол в дозе $0,3 \pm 0,001$ мг/кг, атропин – $0,07 \pm 0,0001$ мг/кг, димедрол – $0,14 \pm 0,002$ мг/кг. Больным всех групп индукцию в анестезию проводили внутривенным введением реланиума в дозе $0,14 \pm 0,001$ мг/кг, тиопентала натрия – $6,5 \pm 0,09$ мг/кг, фентанила – $2,64 \pm 0,05$ мкг/кг. Интубация трахеи проводилась после создания полной миоплегии дитилином $2,02 \pm 0,03$ мг/кг. ИВЛ в условиях миорелаксации ардуаном в дозе $0,04 \pm 0,005$ мг/кг/час. Поддержание анестезии больным всех групп : реланиум – $0,12 \pm 0,002$ мг/кг, фентанил – $2,44 \pm 0,05$ мкг/кг, дроперидол – $0,04 \pm 0,002$ мг/кг, тиопентал натрия – $2,86 \pm 0,07$ мг/кг, кетамин- $1-1,3 \pm 0,05$ мг/кг/. Методика воздействия мексидола и даларгина на адренергическую и опиоидную антиноцицептивные системы в периоперационном периоде у больных, оперированных по поводу заболеваний билиарного тракта, которая применялась с учетом общепринятых показаний и противопоказаний к перечисленным препаратам. Больным всех групп проводилась инфузия кристаллоидов, коллоидов. Из коллоидных растворов предпочтение отдавалось гидроксиэтиленкрахмалам.

Распределение больных на группы и методика интраоперационной коррекции окислительного и хирургического стресса в клиническом исследовании представлены в таблице.

Таблица 2

Название группы Количество больных	Характеристика анестезиологического обеспечения	Методика интраоперационной коррекции окислительного и хирургического стресса
I Контрольная группа 10	Анестезиологическое пособие (без коррекции Хирургического и окислительного стресса).	
II Исследуемая группа 10	Анестезиологическое пособие + применение мексидола	Мексидол в дозе 200 мг на 200 мл Sol.NACE, в/в, со скоростью 60 капель в минуту (этап индукции)
III Исследуемая группа 10	анестезиологическое пособие + применение мексидола в комбинации с даларгином	Мексидол в дозе 200 мг на 200 мл Sol.NACE, в/в, со скоростью 60 капель в минуту (этап индукции) + Даларгин в дозе $1,0 \pm 0,55$ мг/кг в темпе $3,0 \pm 0,15$ мг/кг в час (основной этап анестезии)

После окончания операции на фоне адекватного спонтанного дыхания больные переводились в хирургическое отделение. Всем больным в раннем послеоперационном периоде проводилась инфузионная терапия кристаллоидами $28,5 \pm 1,4$ мл/кг, антибиотикопрофилактика цефтриаксоном 1 г/сутки, обезболивание наркотическими (промедол) и ненаркотическими (кетонал 2 мл 3 раза в сутки) анальгетиками.

Метод исследования окислительного стресса. Индуцированная хемилюминесценция сыворотки.

В работе использовался биолюминесцентный анализатор БЛМ 8802 М, сопряженный с компьютером в диалоговом режиме (СКТБ «Наука» КНЦ СО РАН). Прибор состоит из кюветного отделения, обеспечивающего размещение анализируемого образца, его перемешивание, размещение фотодатчика (ФЭУ), усилителей аналогового и счетного режимов, источника питания ФЭУ, а также измерительного блока, обеспечивающего регистрацию интенсивности сигнала и его светосуммы за заданное оператором время, констант нарастания и спада ХЛ сигнала. Объектом хемилюминесцентного исследования служила сыворотка крови на трех этапах исследования:

1. До премедикации.
2. После выполнения холецистэктомии.
3. После экстубации.

Для хемилюминесцентного анализа кровь у больных забирали из кубитальной вены и центрифугировали при 2000 об./мин в течение 15 минут, после чего сыворотку из пробирки осторожно забирали и использовали для ХЛ анализа.

В измерительную кювету вносили 0,1 мл сыворотки крови; 0,4 мл фосфатного буфера ($\text{KH}_2\text{PO}_4 - 0,272 \text{ г/100 мл}$, $\text{KCl} - 0,780 \text{ г/100 мл}$, $\text{pH} = 7,5$), 0,1 мл раствора сульфата железа ($0,01 \text{ мМ} - 0,7 \text{ г/100 мл}$), 0,1 мл люминола (приготовленного на 1 н раствора КОН). Иницирование СРО осуществляли введением 0,1 мл 1% H_2O_2 . Время регистрации показателей составляло 30-60 секунд. Использовали следующие показатели:

I_{max} , мВ – амплитуда вспышки (максимальная интенсивность) ХЛ, наступающей после введения инициаторов.

S , мВ*с – светосумма реакции.

K , у.е. – коэффициент антиоксидантной активности, равный отношению максимальной интенсивности ХЛ к светосумме.

α , у.е. – тангенс угла падения кинетической кривой.

Амплитуда вспышки ХЛ пропорциональна исходному содержанию гидроперекисей в пробе. Величина амплитуды ХЛ, инициированной перекисью водорода, зависит от комплекса взаимодействующих факторов, в числе которых главенствующее место отводится окисляемости липидов, концентрации металлов переменной валентности и содержанию природных антиоксидантов в исследуемом биологическом субстрате.

Светосумма – основной параметр оценки интенсивности ХЛ, позволяющий судить о скорости расходования свободных радикалов в процессе их взаимодействия с АОС, указывает на концентрацию гидроперекисей и интенсивность перекисидации, слабо зависит от концентрации железа и образующегося кислорода, обратно пропорциональна активности антиоксидантной системы.

Отношение I_{max}/S характеризует общую антиоксидантную активность плазмы крови. α – показатель скорости спада процессов свободнорадикального окисления в плазме, коррелирующий с индексом K .

Результаты и их обсуждение. Динамика показателей степени выраженности окислительного стресса у больных первой группы.

Таблица 3

Показатель	До анестезии	Травматический этап операции	Экстубация	1 сутки после операции
I_{max} , мВ	81,3	136	76	54
S , мВ*с	130970,6	74814	60424	40325
$Tg \alpha$, у.е.	0,00373	0,00895	0,00298	0,00154
$K = I_{\text{max}}/S$, у.е.	0,00062	0,001817	0,001257	0,001339

(при $P < 0,05$)

Динамика показателей степени выраженности окислительного стресса у больных второй группы.

Таблица 4

Показатель	До анестезии	Травматический этап операции	Экстубация	1 сутки после операции
I_{max} , мВ	84,5	69	30	28,7
S , мВ*с	140876,5	59304	28028	25036
$Tg \alpha$, у.е.	0,00485	0,00254	0,00236	0,00175
$K = I_{\text{max}}/S$, у.е.	0,00059	0,00116	0,00107	0,00114

(при $P < 0,05$)

Динамика показателей степени выраженности окислительного стресса у больных третьей группы.

Таблица 5

Показатель	До анестезии	Травматический этап операции	Экстубация	1 сутки после операции
I_{max} , мВ	90	68	27	15
S , мВ*с	70688	57688	56985	9320
$Tg \alpha$, у.е.	0,0047	0,00256	0,00213	0,00083
$K = I_{\text{max}}/S$, у.е.	0,00127	0,00117	0,00473	0,00160

(при $P < 0,05$)

Анализируя динамику изменения показателей, что средняя амплитуда I max в предоперационном периоде достоверно не отличалась во всех группах, а во время травматичного этапа в ходе операции в группе больных, где применялась только тотальная внутривенная анестезия, отмечалось повышение параметров характеризующих высокую активность ПОЛ с угнетением компенсаторной собственной защитной антиоксидантной системой организма, чем при анестезии с сочетанным применением мексидола и даларгина. Дополнительное использование мексидола интраоперационно эффективно нивелировало реакции перекисного окисления липидов.

Выводы. Методика анестезии, основанная на сочетанном воздействии на опиоидную, адренергическую, антиоксидантную системы позволяет надежно защитить больных от хирургического травмы, а так же снизить количество осложнений, как в интра-, так и в постоперационном периоде. Сочетание мексидола и даларгина является наиболее оптимальной комбинацией в периоперационной адывантной терапии у пациентов с высокой степенью анестезиологического риска с патологией желчевыводящей системы, и может быть рекомендована к применению в практической анестезиологической практике.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ермолов А.С. Хирургия желчно-каменной болезни. М.,1997.
2. Морган Д.Э., Михаил М.С. Клиническая анестезиология// Пер. с англ. М., 2000 Т.2 с.7-33,34-35,116-152.
3. Бунятян А.А., Рябов Г.А., Маневич Н.З.,1984.
4. Белоусов С.С. с соавт., 1998; Мумладзе Р.Б. с соавт.2000
5. Гусев Е.И., Скворцова В.И. 2001, Дж. Эдвард Морган-мл.1998, Эйткинд А.Р. 1999, Hellenberg J.M. 1996.
6. Архангельский А.В., с соавт.,1980; Максимов В.А., с соавт, 1997; Шалимов С.А. с соавт., 1992.

УДК 616-058.8:312.1:614.2:658(571.51-201)

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В РЕАЛИЗАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА СЕМЕЙ Г. КРАСНОЯРСКА

Брюханова П. А., Ершова Н. И., Красавина Е. Ю., Рязанова С. А., Сондуев Э. Л.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Научный руководитель: асс. Коновалов В. Н.

Социально-экономические изменения, которые испытывала Россия в 90-х годах, во многом определили негативную динамику в демографической ситуации сложившейся в стране. Однако с позитивными изменениями и положительной динамикой в экономическом развитии страны, наметившейся в последние несколько лет, во многом связано увеличение показателей рождаемости [1].

По данным Министерства здравоохранения и социального развития РФ, в 2007 году в стране родились 1602,4 тысяч детей, что на 122,75 тысячи (8,3%) больше, чем в 2006 году; коэффициент рождаемости составил 11,3 детей на 1000 населения, в то время как в 2006 году - 10,4. Что касается темпов роста рождаемости в 2008 году, то необходимо отметить, что они достаточно существенные и, по крайней мере, в 3 раза превышают прошлогодние показатели[2].

Если же говорить о динамике рождаемости в Красноярском крае, то и здесь складывается довольно благоприятная ситуация. За девять месяцев 2008 года родилось 24665 детей, это на 8% больше, чем за тот же период 2007 года. При этом сохраняется тенденция роста числа рождений вторых и последующих детей. Так, по сравнению с прошлым годом на 3,5% вырос показатель рождения вторых и последующих детей в семьях. В Красноярском крае по два и более ребенка имеет около 9,7 тысячи семей[3].

Однако то, насколько долго будет продолжаться рост рождаемости можно с определенной степенью вероятности предположить. По данным Фонда социального страхования, существенный вклад в увеличение рождаемости вносят сейчас те женщины, которые родились в середине 80-х годов, когда в нашей стране был отмечен демографический всплеск. К сожалению, это дает основание предположить, что буквально через несколько лет рождаемость снова пойдет вниз[4]. И тогда, видимо, потребуются создавать новые стимулы для рождения детей.

Одним из критериев определяющих социальное благополучие в обществе является ориентация семьи на реализацию репродуктивного потенциала. Таким образом, выявление факторов влияющих на реализацию репродуктивного потенциала является важной задачей в решении проблем рождаемости и как следствие улучшения демографических показателей в стране.

Целью настоящего исследования было изучение медико-социального статуса семей и определение факторов оказывающих влияние на реализацию репродуктивного потенциала в данных семьях.

С учетом поставленной цели, были определены следующие **задачи**:

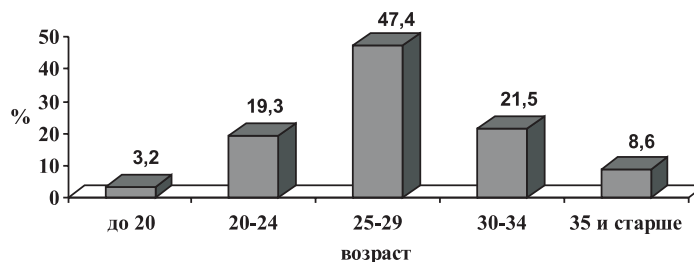
- 1) Выявить доли перво- и повторнородящих женщин.
- 2) Определить исход предыдущей беременности у женщин имеющих в анамнезе 2 и более беременности.
- 3) Выявить уровень материального положения семей и его роль в реализации репродуктивного потенциала семей.

Для решения поставленных задач было проведено анкетирование и интервьюирование 350 родильниц послеродового отделения родильного дома №5 и родильного дома №1 г. Красноярск в период с сентября 2008 года, по январь 2009 года. За единицу наблюдения была взята семья, в которой проживала родильница. Исследование проводилось методом сплошного динамического наблюдения.

В результате проведенного исследования были получены следующие результаты:

На момент анкетирования 87,5% родильниц уже имели детей до настоящих родов. Из них 51,6% родильниц имели 1 ребенка, 34,9% имели 2 детей и лишь 13,5% родильниц имели 3 и более детей.

Распределение родильниц по возрасту представлено на графике:



Важной составляющей определяющей не только течение и развитие осложнений во время настоящей беременности и родов, но и что не менее важно - социально значимый резерв для общества на пути к улучшению демографической ситуации в стране является исход предыдущей беременности. Анализируя данный показатель, выявлено, что среди рожениц имеющих 2 и более беременности в анамнезе в 43,2% случаев предыдущая беременность закончилась медицинским абортom в сроке до 12 недель и в 10% случаев самопроизвольным выкидышем.

Семья имеет огромное значение в воспитании будущего поколения и формировании благоприятной психологической обстановки для полноценного развития человека как личности. При анализе степени брачности было установлено, что 79,3% рожениц находились в официально зарегистрированном браке, 13,6% состояли в гражданском браке, 7,1% рожениц в браке не состояли и являлись матерями одиночками. При этом 77% рожениц находились в первом браке, 23% в повторном браке.

Мнения рожениц относительно идеального количества детей в семье распределились следующим образом. 41,8% и 42,6% рожениц выразили желание иметь в семье два и три ребенка соответственно и лишь только 7% рожениц ориентированы на четыре и более детей. При этом на настоящий момент в сложившихся условиях 27,2% рожениц хотят иметь лишь одного ребенка, 53,9% рожениц хотят иметь двух детей и 20% рожениц ориентированы на многодетность и желают иметь 3 и более детей.

При учете материального положения семей рожениц в 97,3% анкет роженицы отмечали его как хорошее и удовлетворительное и 2,7% рожениц оценивали свое материальное положение как неудовлетворительное. При этом 48,5% рожениц на расходы непосредственно связанные с беременностью тратили в пределах $\frac{1}{4}$ суммарного дохода семьи, у 40,3% рожениц эта сумма составила до $\frac{1}{2}$ суммарного дохода семьи и 11,2% рожениц тратили до $\frac{3}{4}$ суммарного дохода семьи на расходы непосредственно связанные с беременностью.

При выявлении причин заставляющих рожениц в дальнейшем отказаться от реализации своего репродуктивного потенциала 48,3% называют желание ограничиться рождением одного ребенка, 35% рожениц указывают на причины связанные с материальным недостатком в семье и лишь 5,1% рожениц высказали другие мнения.

Таким образом, с учетом полученных данных можно сделать следующие выводы:

1) На настоящий момент доля первородящих значительно меньше, нежели доля повторнородящих. Этот факт заставляет задуматься о причинах приводящих к отказу семейных пар от реализации репродуктивного потенциала. В то же время, данное положение позволяет с уверенностью сказать, что меры предпринимаемые государством по стимулированию рождения второго и последующих детей, оказались эффективными как с теоретической, так и с практической точки зрения.

2) Имеется мощный резерв для увеличения рождаемости в виде профилактических мероприятий по предупреждению медицинских абортов и прерыванию беременности, поскольку в 42,3% случаев предыдущая беременность закончилась медицинским абортom.

3) Несмотря на оценку своего материального положения как хорошее и удовлетворительное, каждая третья женщина 35% от числа анкетированных указывает на такую причину в отказе от дальнейшего желания иметь детей, как материальные проблемы.

Это на наш взгляд в значительной степени требует акцентировать внимание государства и общества на данной проблеме, и продолжить разработку программ по поддержке семей и беременных женщин в частности, с низким материальным достатком.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Какорина Е.П. Социально-гигиенические особенности состояния здоровья населения в современных условиях // Пробл. Соц. Гиг. и истории мед.-2007.- №4.- С. 22-25.
2. Статистические данные с официального портала правительства Российской Федерации www.rosstat.ru.
3. Статистические данные с официального портала Министерства здравоохранения Красноярского края www.krskstate.ru/zdrav/.
4. Ермолаев С.В., Тишук Е.А. О возможных путях демографического развития России// Вопр. статистики.-2008.-№3.- С.4-11.

УДК 618.19-006.6-091-036.2(571.51-201)

МОРФОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ И Г. КРАСНОЯРСКЕ 2005–2007 ГГ.

Брюханова А. А. , Масленникова С. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра патологической анатомии им. проф. П. Г. Подзолкова*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Федякина С. П.

Актуальность темы: Проблема рака молочной железы весьма актуальна. Рак молочной железы занимает первое место среди всех онкологических заболеваний у женщин. К сожалению, 80% больных сами случайно обнаруживают у себя опухоль, которая почти в половине случаев является запущенной. Только в 20% рак молочной железы выявляется при медицинском обследовании. Врачи любой специальности: гинекологи, терапевты, хирурги, невропатологи, дерматологи и другие должны проявлять онкологическую настороженность и по возможности осматривать молочные железы во время приема женщин.

Цель: Проследить динамику развития рака молочной железы в Красноярском крае и г. Красноярске (2005-2007 г.г.)

Задачи:

1. Осветить эпидемиологию и морфологию данного процесса.
2. Провести статистическую обработку данных на основе сведений КГБУЗ ККОД им. А.И. Крыжановского.
3. На основе проведенной работы сделать выводы.

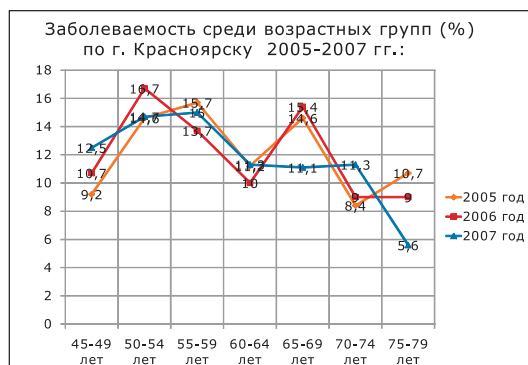
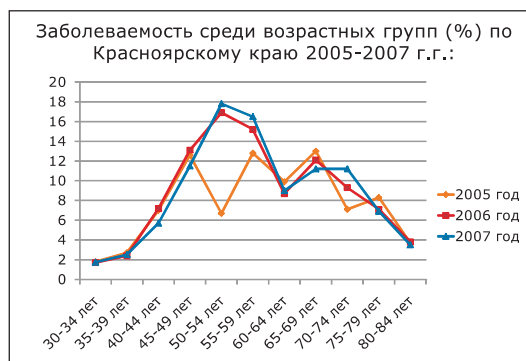
Материал и методы исследования: Данная работа представляет собой клинико-эпидемиологическое исследование по изучению рака молочной железы в Красноярском крае и г. Красноярске. Проведен анализ первичного материала по данным отчетной статистики на базе Краевого онкологического диспансера им. А.И. Крыжановского.

Рак может возникнуть в любом отделе железы, но чаще опухоль располагается в верхненаружном квадранте или на границе верхних квадрантов. Формы роста: узловая, диффузные. Рак обычно развивается из эпителия протоков, чаще мелких. Гистологическая структура рака разнообразна. Обычно он имеет строение аденокарциномы.

Результаты исследования: Была проведена оценка показателей выявленных групп больных по стадиям процесса (%) за 2005-2007 г.г. За три года в Красноярском крае и г. Красноярске рак молочной железы чаще выявляется на I-II стадиях (>50%).



Так же следует обратить внимание на распределение больных по возрасту. Исходя, из наших данных можно наблюдать следующее распределение больных по возрасту за период 2005-2007 г.г.:



По данным диаграмм пик заболеваемости раком молочной железы приходится на возраст 50-54 года, второй подъем наблюдается в возрасте 55-59 лет, самая низкая заболеваемость преобладает у женщин в возрасте 75-79 лет. Причина данного явления, вероятно, связана с возрастными гормональными особенностями каждой возрастной группы.

Определенный интерес представляет заболеваемость раком молочной железы по районам города Красноярска (2005-2006 г.г.). В 2005 г. наибольший процент заболеваемости прослеживается в Ленинском районе, что можно связать с высокой концентрацией промышленных предприятий на данной территории. А в 2006 г. наибольший процент проявляется в Железнодорожном районе, вероятно, следует связать с поздней обращаемостью больных в медицинские учреждения.



Выводы:

1. За три года в Красноярском крае и г. Красноярске рак молочной железы чаще выявляется на I-II стадии (>50%).
2. При оценке возраста больных рак молочной железы в Красноярском крае и г. Красноярске чаще встречается в возрасте 50-54 года, а самая низкая заболеваемость у женщин в возрасте 75-79 лет.
3. Высокий процент заболеваемости у женщин в Ленинском, Советском, Кировском и Железнодорожном районах.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ганцев Ш.Х. Онкология. - Москва, 2004. - С. 224- 258
2. Акад. РАМН В.И.Чисова, проф. С.А.Дарьялова. Онкология. – Москва, 2006. - С. 242-269
3. Струков А.И., Серов В.В. Патологическая анатомия: Учебник. - 3-е изд., С. 208-210, 425
4. Шайн А.А. Опухоли грудной клетки. - Тюмень, 2001. - С. 5-86
5. Шайн А.А. Онкология. - Тюмень, 2004. - С. 218-260

УДК 616.19-006.6-02-084(571.51-201)

ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ И Г. КРАСНОЯРСКЕ 2005–2007 ГГ.

Брюханова А. А., Масленникова С. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра гигиены*

Научные руководители: д.м.н., проф. Климацкая Л. Г., к.м.н., доц. Федякина С. П.

Актуальность темы: Рак молочной железы (РМЖ) одно из наиболее распространенных злокачественных новообразований у женщин. Частота РМЖ неуклонно растет, являясь одной из главных причин смертности женщин среднего возраста. В связи, с чем существуют профилактические мероприятия снижающие заболеваемость и смертность, увеличивающие продолжительность жизни женщин [1,2].

Цель: Выявить возрастные группы риска и предложить мероприятия по профилактике рака молочной железы в Красноярском крае, которые могут осуществлять студенты КрасГМУ имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Задачи:

4. Выделить возрастные группы повышенного риска по раку молочной железы.
5. Осветить профилактику рака молочной железы силами студентов КрасГМУ.

Материал и методы исследования: Работа представляет собой анализ данных отчетной статистики Краевого онкологического диспансера им. А.И. Крыжановского за 2005-2007 гг.

Как показали результаты статистической обработки (рис.1) пик заболеваемости раком молочной железы приходится на возраст 50-54 года, второй подъем наблюдается в возрасте 55-59 лет, самая низкая заболеваемость преобладает у женщин в возрасте 75-79 лет.

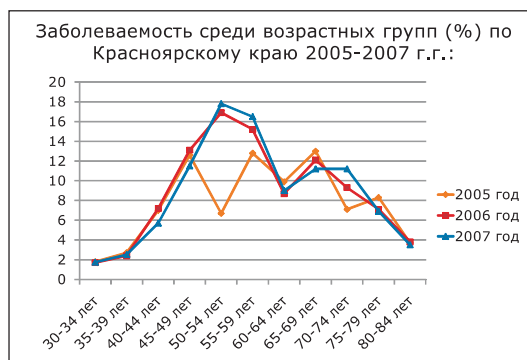


Рис. 1. – Заболеваемость раком молочной железы среди женщин в возрасте от 30 до 84 лет за 2005-2007 годы в Красноярском крае

В возрасте до 35 лет риск РМЖ повышается при: гипотиреозном увеличении щитовидной железы, позднем (после 16 лет) менархе, поздних (после 28 лет) первых родах, РМЖ у родственниц по материнской линии, кистозном фиброаденоматозе с протоковой или дольковой пролиферацией эпителия, интрадуктальных папилломах, цистаденопапилломах.

У женщин 35-49 лет основными факторами риска РМЖ являются: раннее менархе, нарушение менструальной, детородной и половой функций, хроническое воспаление придатков матки, РМЖ в семейном анамнезе, заболевания печени.

В возрастной группе 50-59 лет риск РМЖ повышен при: ожирении, сахарном диабете, гипертонической болезни, рождении крупного плода, поздней (после 50 лет) менопаузе, миоме матки, злокачественных опухолях женских половых органов в семейном анамнезе.

У женщин старше 60 лет факторами риска РМЖ признаны: длительный репродуктивный период, поздние первые и последние роды, длительное (более 10 лет) отсутствие половой жизни в репродуктивном периоде, сочетание ожирения, сахарного диабета, гипертонической болезни, злокачественные опухоли органов репродуктивной системы в семейном анамнезе.

Диагностирование рака молочной железы в запущенных стадиях можно связать с недостаточной информированностью женщин о профилактике.

Общее количество больных РМЖ в 2005 г. составило 2194 чел., из этого у 396 чел. или 18% запущенные стадии; в 2006 г. из 2228 чел. у 416 чел. или 19%; 2007 г. из 1729 чел. у 277 человек или у 16%.

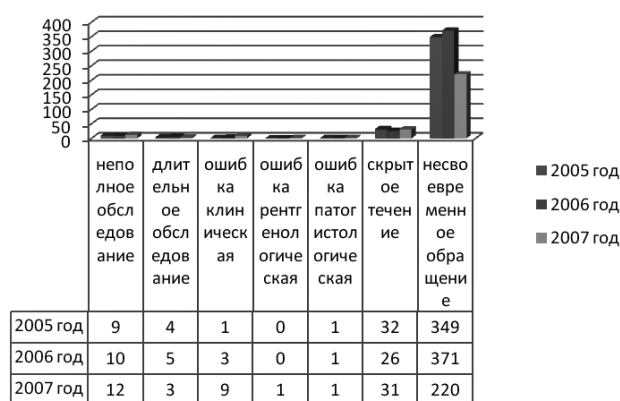


Рис. 2. – Анализ причин запущенности в диагностике РМЖ по Красноярскому краю

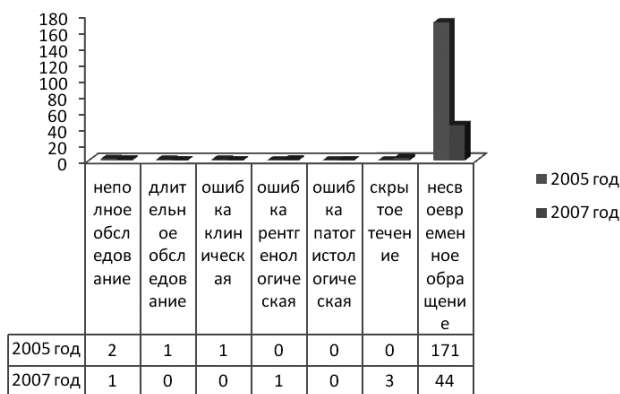


Рис. 3. – Анализ причин запущенности в диагностике РМЖ по г. Красноярску

Несвоевременное обращение к врачу является самой распространенной причиной запущенности заболевания и составляет 85,6%. 7,1% приходится на скрытое течение заболевания. Ошибки врачей составляют 7,3%!

Из известных рекомендаций, которые никто не отменил, на первом месте должны быть знания женщин о профилактике РМЖ. Для РМЖ это: необходимость женщинам регулярно проводить самообследование – осмотр и пальпация молочных желез; проходить УЗИ молочных желез не реже 1 раза в год; в возрасте после 40 лет регулярно проходить маммографию - 1 раз в 2 года, после 50 лет 1 раз в год. Своевременное обращение к врачу, повышает шанс раннего выявления болезни, когда еще возможно излечение.

Поэтому задача студентов КрасГМУ, уходя на летнюю практику готовить санитарные бюллетени, листовки или брошюры по профилактическим мероприятиям для населения, учитывая факторы риска (генетические, экологические, факторы здорового образа жизни, особенно питания и др.).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ганцев Ш.Х. Онкология. - Москва, 2004. - С. 224- 258.
2. Шайн А.А. Онкология. - Тюмень, 2004. - С. 218-260.

ВЛИЯНИЕ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ НА РАЗВИТИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Брюханова А. А., Масленникова С. А.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра патологической физиологии

Научные руководители: к.м.н., доц. Федякина С. П., к.м.н., доц. Бардецкая Я. В., ст. преп. Климина Г. М.

Актуальность темы: Проблема рака молочной железы весьма актуальна. Ежемесячные циклические и связанные с беременностью и родами колебания гормонального баланса приводят к изменениям в структуре и функции молочных желез. Нарушения гормонального баланса создают почву для возникновения рака. У женщин рак молочной железы – самая частая злокачественная опухоль. Уровень заболеваемости неуклонно растет, поэтому врач любой специальности должен проявлять онкологическую настороженность и по возможности осматривать молочные железы во время приема женщин.

Цель: Проследить динамику развития рака молочной железы в Красноярском крае и г. Красноярске (2005-2007 г.г.) среди различных возрастных групп.

Задачи:

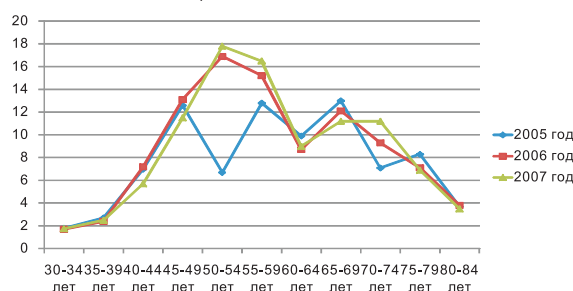
1. Осветить влияние эндокринной системы на развитие рака молочной железы.
2. Провести статистическую обработку данных на основе сведений КГБУЗ ККОД им. А.И. Крыжановского.

Материал и методы исследования: Данная работа представляет собой анализ первичного материала по данным отчетной статистики на базе Краевого онкологического диспансера им. А.И. Крыжановского по заболеваемости раком молочной железы в Красноярском крае и г. Красноярске в 2005-2007 г.г.

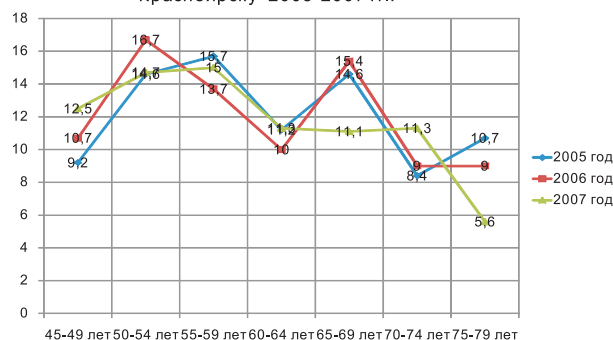
Молочные железы находятся под постоянным регулирующим влиянием эндокринной и нервной систем. Изменения в яичниках на протяжении менструального цикла, при беременности и лактации сопровождаются пролиферацией эпителия и соединительной ткани молочных желез. Выраженность пролиферативных процессов зависит от количества и активности, поступающих с кровью в молочные железы эстрогенов, пролактина и прогестерона. Эстрогены у менструирующих женщин синтезируются в фолликулах яичников и в небольшом количестве в надпочечниках. Продукция их регулируется ФСГ, выработка которого, в свою очередь, контролируется релизингом - фактором фоллиберинном. Система «гипоталамус – гипофиз – яичники» функционирует по принципу обратной связи: при повышении концентрации эстрогенов в плазме продукция фоллиберина и ФСГ снижается. Снижение выработки ФСГ приводит к уменьшению продукции эстрогенов. В противном случае процесс нарушается, и выработка эстрогенов повышается. В молочных железах гормоны улавливаются рецепторами клеток и транспортируются ими в ядро, где взаимодействуют с ДНК, при этом эстрогены стимулируют пролиферацию эпителия в протоках, а прогестерон - в дольках молочной железы. Избыточное поступление эстрогенов в молочные железы усиливает пролиферативные процессы и тем самым способствует возникновению мастопатии и рака. В менопаузе, а также в результате хирургической или лучевой кастрации, синтез эстрогенов яичниками прекращается, но компенсаторно повышается выработка стероидных гормонов надпочечниками. Вырабатываемые надпочечниками андрогены в мышцах, жировой ткани, внутренних органах и молочной железе трансформируются (под действием фермента ароматазы) в эстрогены. Поэтому молочные железы продолжают подвергаться их воздействию.

Результаты исследования: При обработке данных можно наблюдать следующее распределение больных по возрасту за период 2005-2007 г.г. в Красноярском крае и г. Красноярске:

Заболеваемость среди возрастных групп (%) по Красноярскому краю 2005-2007 г.г.:



Заболеваемость среди возрастных групп (%) по г. Красноярску 2005-2007 гг.:



По данным диаграмм увеличение заболеваемости раком молочной железы приходится на возраст 50-54 года, второй подъем наблюдается в возрасте 55-59 лет, самая низкая заболеваемость преобладает у женщин в возрасте 75-79 лет. Причина данного явления вероятнее всего связана с возрастными гормональными особенностями каждой возрастной группы, о которых указывалось выше.

Выводы:

1. Рак молочной железы – гормонально зависимая опухоль. Основным канцерогенный фактор – воздействие эстрогенов на эпителий протоков молочной железы.
2. При оценке возраста больных раком молочной железы в Красноярском крае и г. Красноярске чаще встречается в возрасте 50-54 года, а самая низкая заболеваемость у женщин в возрасте 75-79 лет.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ганцев Ш.Х. Онкология. - Москва, 2004. - С. 224- 258
2. Акад. РАМН В.И.Чиссова, проф. С.А.Дарьялова. Онкология. – Москва, 2006.- С. 242-269
3. Шайн А.А. Опухоли грудной клетки. - Тюмень, 2001.- С. 5-86
4. Шайн А.А. Онкология. - Тюмень, 2004.- С. 218-260

УДК 616.33/34-00.6-07 (571.51) (571.52)

ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ СТРОМАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ. ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ И РЕСПУБЛИКЕ ТЫВА

Бугрий А. В.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра патологической анатомии им. проф. П. Г. Подзолкова

КГБУЗ «Красноярское Краевое патологоанатомическое бюро»

Научный руководитель: д.м.н., доц. Али-Риза А. Э.

Актуальность. Стромальные опухоли желудочно-кишечного тракта (GIST) относят к группе редких опухолей желудочно-кишечного тракта мезенхимального происхождения. «Гастроинтестинальная стромальная опухоль» (ГИСО, GIST - gastrointestinal stromal tumour) изначально обобщал в себе целый спектр опухолевых процессов, которые не представлялось возможным отнести ни к лейомиомам ни к опухолям нейрогенного происхождения (шваномы, невриномы и т.п.) в связи с крайней схожестью морфологической картины. В настоящее время накоплено большое количество данных, позволивших выделить GIST, как нозологическую единицу со своей характерной морфологией, иммуногистохимическим и генетическим профилем. Подавляющее большинство таких опухолей ранее относили к опухолям гладкомышечного генеза, и в зависимости, от степени морфологически определяемого потенциала злокачественности, относили к лейомиомам или лейомиосаркомам. Сродство с опухолями гладкомышечного происхождения прослеживается и в настоящее время, что отражается в экспрессии актина и десмина, при проведении иммуногистохимического анализа, наряду с экспрессией CD117. Однако, этот факт не исключает вероятности нейрогенной дифференцировки GIST (в современной классификации ВОЗ, определяемые как GANT – гастроинтестинальные опухоли автономных нервов) с экспрессией белка S-100, NSE, синаптофизина, хромогранина А, а также CD117 и CD34.

Опухолевый рост может обнаруживаться абсолютно на любом участке пищеварительной трубки желудочно-кишечного тракта, а также в некоторых случаях может иметь первичную локализацию на брыжейке тонкого кишечника и большом сальнике. Наиболее частой локализацией GIST является стенка желудка (60-70%), затем следует тонкий кишечник (20-30%) и, наконец, колоректальный отдел и пищевод (до 10%).

Эпидемиология

- Частота встречаемости GIST составляет 10-20 случаев на 1 000 000 населения в год;
- В США ежегодно регистрируется около 5000 новых случаев GIST;
- Частота GIST одинакова в разных географических районах и этнических группах населения;
- Одинаково часто поражаются мужчины и женщины;
- Медиана возраста пациентов с GIST приходится на 55-65 лет, редко у лиц моложе 40 лет.

Пристальное внимание, уделяемое в последнее время проблеме патоморфологической диагностики и лечения GIST, указывает на несомненную актуальность данной тематики. В этой связи нам представляется интересным привести собственный опыт диагностики GIST и провести некоторые клинико-морфологические сопоставления, полученных результатов.

Цель и задачи исследования. Целью настоящего исследования явилось проведение морфологического и иммуногистохимического анализа GIST у жителей красноярского края и республики Тыва.

Задачи.

1. Характеристика исследуемых групп по полу и возрасту.
2. Макроскопическая характеристика GIST, с уточнением локализации процесса.
3. Микроскопическая характеристика GIST.
4. Оценка иммуногистохимического профиля GIST с определением их пролиферативной активности.
5. Проведение внутрigrуппового корреляционного анализа.

Материалы и методы. Исследование выполнялось на материале, получаемом в ходе оперативного вмешательства пациентам стационаров г. Красноярска и республики Тыва за период с 2006-2008 годы. В исследуемые группы вошли 15 женщин в возрасте от 42 до 77 лет и 10 мужчин в возрасте от 48 до 67 лет. Ткани фиксировались в 10% нейтральном формалине с дальнейшей макроскопической оценкой характера роста. Последующая рутинная проводка проводилась через парафин с окраской срезов гематоксилином и эозином, по ван-Гизону, а также серебрением по Гомори, для определения морфологического типа опухоли. Макроскопическая оценка опухолевого роста, а также оценка морфологического типа опухоли и степень злокачественности проводились согласно рекомендациям ВОЗ в отношении GIST. Иммуногистохимическое окрашивание проводилось согласно прилагаемым производителем рекомендациям с применением

полимерной системы детекции. Температурная демаскировка антигенов проводилась с использованием ретривера «Retriever 2100» (PickCell Laboratories). Для детекции рецепторов использовали моноклональные первичные и поликлональные вторичные антитела. Срезы докрашивались гематоксилином для дальнейшего проведения микроскопического исследования. Для иммуногистохимического типирования опухоли использовались антитела в отношении: CD117 (c-Kit), CD 34, Vimentin, SMA, Desmin, S-100, Ki-67, Цитокератины (табл. 1). Оценка результатов окрашивания с применением CD117 проводилась в 10 полях зрения при увеличении $\times 400$ с полуколичественной интерпретацией результатов от 0 до 3 (от -/- до ++++/-).

Полученные данные обрабатывались методом вариационной статистики с помощью программы Statistica 6.0 StatSoft. Сравнительный анализ полученных результатов проводился по Mann-Whitney с пороговым значением $P < 0,05$.

При полученных данных учитывали следующие параметры: пол, возраст, макроскопические характеристики опухолей (локализация, размера, характер роста), микроскопические характеристики (морфотип, количество митозов в 50 полях зрения при Ув. $\times 400$, вторичные изменения – кисты некрозы, кровоизлияния, миксоматоз), иммуногистохимический профиль (экспрессия ядерного белка Ki-67, CD117, CD 34).

Полученные результаты. Анализ собственных данных показал, что опухоль чаще встречалась у женщин (в 1,5 раза - 15 случаев против 10 случаев). Однако, как указывалось выше, такая тенденция не характерна для опухолей данного типа и вероятно связана с малой выборкой представленного исследования.

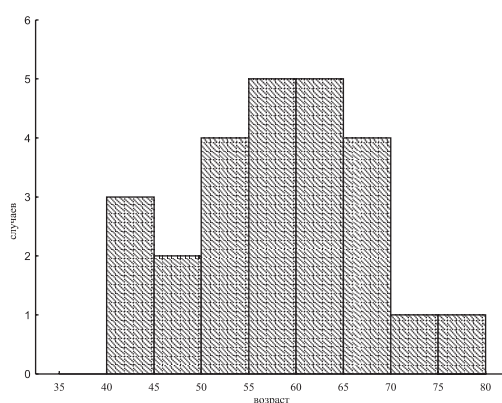


Рис. 1. – Возрастная характеристика группы пациентов с GIST

Исследование возрастного критерия показало ожидаемые результаты. Так наибольшее количество случаев приходится на возраст от 50 до 70 лет с пиком от 55 до 65 лет, что, однако, несколько меньше, указываемого в литературе (Рис. 1).

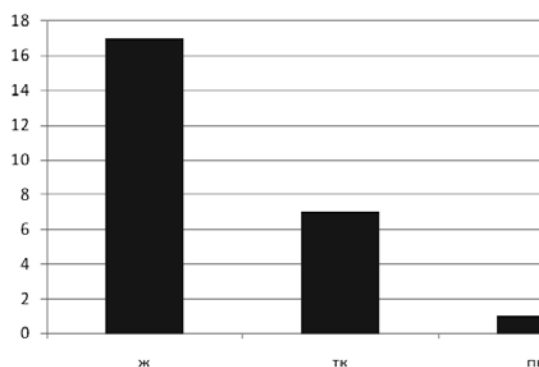


Рис. 2. – Локализация опухолевого процесса. Ж – желудок, ТК – тонкий кишечник, ПК – прямая кишка. (Абс.)

Наиболее частой локализацией опухолевого процесса стал желудок (17 случаев), реже встречалось поражение тонкого кишечника (7 случаев) и лишь один случай поражения толстой кишки (Рис. 2).

Выполненный корреляционный анализ не выявил статистически значимых корреляционных связей между такими параметрами как возраст, размер опухолевого узла и митотическая активность клеток опухоли. Равно как не выявлено корреляционных связей между морфотипом опухоли и митотической активностью. Более того, отмечалась тенденция к прямой положительной связи между размером опухоли и митотической активностью (без значимой достоверности), что позволяет говорить о значимости в прогнозе для пациента такого параметра как размер опухолевого узла.

Вторичные изменения опухолевой ткани наблюдались в 17 случаях (68,0 %) в виде некрозов, кровоизлияний, кистобразования сочетались с высоким индексом пролиферативной активности, что клинически рационально оценивать как неблагоприятный, статистически достоверный ($p < 0,005$), прогностический признак.

Выраженная экспрессия ядерного белка Ki-67 наблюдалась в 7 (28,0 %) случаях; умеренная – в 10 случаях (40,0 %); слабая – в 8 случаях (32,0 %). Выраженная экспрессия ядерного белка CD 117 наблюдалась в 13 (52,0 %) случаях; умеренная – в 4 случаях (16,0 %); слабая – в 8 случаях (32,0 %). Выраженная экспрессия ядерного белка CD 34 наблюдалась в 6 (24,0 %) случаях; умеренная – в 12 случаях (48,0 %); слабая – в 7 случаях (28,0 %).

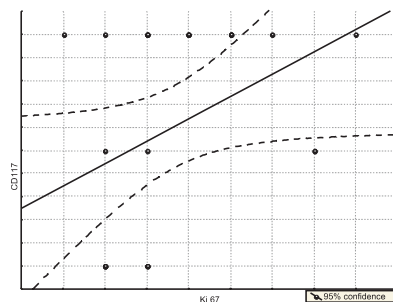


Рис. 3. – Корреляционная связь между: экспрессией Ki67 и CD117 ($p < 0,05$)

Проведенный корреляционный анализ выявил выраженную позитивную корреляционную связь ($r = 0,8$; $p < 0,005$) между уровнем экспрессии маркера пролиферативной активности Ki67 и CD117 (Рис. 3.). Аналогичной закономерности в отношении экспрессии CD34 выявлено не было.

Выводы.

1. Развитие гастроинтестинальных стромальных опухолей в 1,5 раза чаще отмечается у лиц мужского пола.
2. Развитие гастроинтестинальных стромальных опухолей отмечается наиболее часто в возрастном диапазоне от 55 до 65 лет.
3. Наиболее частой локализацией гастроинтестинальных стромальных опухолей был желудок (68,0 % случаев). Эндоорганный рост – 72,0 %; экзоорганный – 28,0 %).
4. Веретенчатый тип строения гастроинтестинальных стромальных опухолей определен как наиболее часто встречающийся (80,0 %).
5. Число опухолей с умеренным потенциалом злокачественности составило 48,8 %; с высоким потенциалом – 20,0 %; с низким потенциалом – 31,2 %.
6. Гастроинтестинальные стромальные опухоли в 100 % экспрессировали CD117 и CD34. Подавляющая часть опухолей обладает выраженной экспрессией CD117 и умеренной экспрессией CD34 при высоком уровне пролиферативной активности клеток (Ki67).
7. Выявлена позитивная корреляционная связь между уровнем экспрессии Ki67 и CD117, а также между размерами опухолевого узла и митотической активностью, что позволяет расценивать вышеобозначенные параметры, как независимые прогностические критерии в оценке опухолевой прогрессии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Стромальные опухоли желудочно-кишечного тракта (GIST). Клиническая монография, ООО «Издательство «Триада», Тверь. – 2006. – 40 с.
2. DeMatteo RP, Lewis JJ, Leung D, Mudan SS, Woodruff JM, Brennan MF. 200 клинических случаев гастроинтестинальных стромальных опухолей: рецидивы и прогностические факторы, влияющие на выживаемость. *Ann Surg.* 2000; 231: 51-58.
3. Heinrich MC, Rubin BP, Longley BJ, Fletcher JA. Биологические и генетические аспекты гастроинтестинальных стромальных опухолей: KIT активация и цитогенетические изменения. *Hum Pathol.* 2002 b; 33: 484-495.

УДК 61 (091)

ПАМЯТИ ПОЧЕТНОГО ПРОФЕССОРА КРАСГМУ ВЕРЫ АЛЕКСАНДРОВНЫ ОПАЛЕВОЙ-СТЕГАНЦЕВОЙ

Буйвало Т. А., Морозкина А. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра пропедевтики внутренних болезней*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Балашова Н. А.

Родилась Вера Александровна Опалева в интеллигентной семье в городе Кургане 13 июня 1919 года. Отец ее, Александр Александрович Опалев, в 1919 году окончил юридический факультет Казанского университета и работал помощником прокурора, знал несколько языков. Мама Веры Александровны окончила высшие Петербургские женские курсы.

Начавшаяся революция, а затем нагрянувшая гражданская война, развязанная большевиками, подняла их, и они из Татарии, вероятно, с отступающими войсками Колчака вынуждены были уехать с обжитого места. Понесло их по России, как ветер поднимает все, что попадает ему, и несет, неведомо куда и зачем. Так ее родители оказались в городе Кургане, где и родилась у них первая дочь-Вера.

Воспитывалась Вера Александровна еще в той доброй, любовью пронизанной среде, пропитанной христианской культурой и духовностью серебряного века, которая была свойственна истинно интеллигентным людям начала XX века. Она с отличием в 1937 году закончила школу, стала студенткой I Московского медицинского института имени Склифосовского.

В 1941 году была направлена на врачебную производственную практику в город Красноярск. Началась Великая Отечественная война и Веру Александровну Красноярский Горздравотдел направил на работу врачом на станцию скорой помощи. После стажировки одновременно стала работать врачом-ординатором терапевтического отделения городской больницы №1. Уже с 15 января 1944 года, то есть спустя полгода после окончания вуза Вера Александровна станет ассистентом кафедры госпитальной терапии. В апреле 1948 года В.А.Опалева и А.Н.Протопопова будут переведены на кафедру пропедевтики внутренних болезней в качестве ассистентов, где и будут работать до ухода на заслуженный отдых.

С 1943 года Вера Александровна свою жизнь навсегда соединила с КГМИ. В дальнейшем в личном листке будут только меняться должности и звания. В.А.Опалева с первых лет работы в КГМИ начинает активно заниматься научной деятельностью. В 60-е годы ее научные поиски уже всецело посвящены кардиологии: скоропостижной смерти, инфаркту миокарда, гипертонической болезни, заболеваемости и летальности от них среди населения Заполярного круга - Норильска и Красноярска.

В 1973 году Вера Александровна была утверждена в звании профессора. С 1970 по 1996 год профессор Опалева выполняла обязанности заведующей кафедрой внутренних болезней.

Новаторской и своевременной была постановка В.А.Опалевой-Стеганцевой на научной сессии НИИ терапии АМН СССР практически и научно значимого вопроса «О роли специализированных кардиологических бригад в профилактике скоропостижной смерти при острой коронарной недостаточности и инфаркте миокарда». Именно ее беспримерным, кропотливым, объемным трудом была получена научно-доказательная база о необходимости создания такой службы в стране. Именно она проявила инициативу и волю к организации и кардиологических бригад скорой медицинской помощи совместно с терапевтами, судебными медиками, организаторами здравоохранения и врачами скорой помощи города Красноярск. Ей мы обязаны спасением многих тысяч людей благодаря организации работы кардиобригад.

В 2008 году перед Городской Думой города Красноярск поставлен вопрос о присвоении скорой медицинской помощи кардиобригадам имени д.м.н., профессора В.А.Опалевой-Стеганцевой в память о ее совершенных делах. Под ее руководством подготовлено и защищено 18 диссертационных работ, одна из них – докторская. Ею опубликовано около 200 научных работ.

В крае строится уникальный федеральный кардиологический центр с совершенными хирургическими методами лечения, в том числе и острой коронарной недостаточности, инфаркта миокарда. Однако их эффективность будет тогда высока, когда современные технологии будут сочетаться с той организацией помощи на всех этапах, которые были разработаны профессором Верой Александровной Опалевой-Стеганцевой, и это истина. Профессором Верой Александровной Опалевой-Стеганцевой создана терапевтическая школа ученых, врачей, ее последователей, которые верны своему учителю. Вере Александровне Опалевой-Стеганцевой одной из первых к 60-летию ее педагогической деятельности было присвоено звание «Почетный профессор КрасГМА»

В 2008 году Веры Александровны Опалевой-Стеганцевой не стало. Она оставила потомкам неизгладимый след своими делами. Ректорат Красноярского государственного медицинского университета, профессорско-преподавательский состав, коллеги выражают детям, внукам свое соболезнование. Память о Вере Александровне сохранится – студенты, педагоги будут проводить ежегодно конкурс СНО им. Профессора В.А.Опалевой-Стеганцевой.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Пузина О.А., Шулыма Л.М. Летопись скорой медицинской помощи г.Красноярск. – Красноярск, 2005.
2. Памяти почетного профессора КрасГМА Веры Александровны Опалевой-Стеганцевой // Сибирское медицинское обозрение.-2008.-№4 с.112-116.

УДК 616-003.821-053.9:616.132

СТАРЧЕСКИЙ АОРТАЛЬНЫЙ АМИЛОИДОЗ

Буйвало Т. А., Морозкина А. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра патологической анатомии им. проф. Подзолкова П. Г.*

Научные руководители: д.м.н., проф. Зыкова Л. Д., к.м.н., асс. Терскова Т. В.

Актуальность проблемы. Проблема амилоидоза изучается на протяжении более 100 лет. Загадка этих болезней, характеризующихся отложениями нерастворимых фибрилл белка (амилоидных фибрилл) в разных органах и тканях, при которых возможно поражение любых органов и тканей и, следовательно, возникновение разнообразной клинической симптоматики, остается до конца не разгаданной и по сей день. Исследования последних лет показали, что амилоидные агрегаты разных белков и пептидов вызывают нарушение жизнедеятельности клеток и их гибель. Амилоидные отложения играют центральную роль в патогенезе болезней, от которых страдают миллионы пациентов (болезнь Альцгеймера, Паркинсона, Дауна, наследственная амилоидная полинейропатия, системные амилоидозы, прионные амилоидозы и др.) В последние годы повышается роль амилоидоза аорты. Старческий аортальный амилоидоз (SaoA CAA-senile aortic amyloidosis) считают самой частой среди локальных форм амилоидоза стариков (Schott H.J.et al.,1966;Schwartz P.et al.,1973; Westermarck P.et al.,1977), хотя некоторые авторы рассматривают его как форму изолированного (органный) амилоидоза вне возраста (Battaglia S.et al.,1978).Большинство авторов отмечают, что САА издавна считался «зеркалом старения» организма.

Цель работы: встречаемость и локализации отложений амилоида в аорте у лиц старше 50 лет.

Задачи:

- 1) описать макроскопическую картину аорты умерших;
- 2) микроскопически исследовать аорты с применением специальных окрасок;
- 3) определить локализацию отложений амилоида микроскопически;
- 4) определить частоту встречаемости амилоида статистически;
- 5) сравнить частоту встречаемости отложений амилоида у мужчин и женщин.

Химический состав и физические свойства амилоида

Амилоид является сложным веществом - гликопротеидом, в котором фибриллярные и глобулярные белки связаны с полисахаридами. На основании анализа аминокислотного состава Леттгер (1955г.) заключил, что амилоид - смесь двух белков: один из них близок к глобулинам сыворотки, другой - к коллагену. Белки амилоида состоят из двух фракций, обладающих различными свойствами. Помимо белков и углеводов в амилоиде обнаружены липиды и липопротеиды, соли кальция (добавки амилоида). Прочность белково-полисахаридных связей объясняет устойчивость амилоида к действию ферментов. Окрашивание амилоида конго-красным определяется конформационными особенностями белков и его фибрилл.

Патогенез амилоидоза

Для объяснения патогенеза амилоидоза было предложено много теорий. Мутационная теория образования клона клеток-амилоидобластов может стать универсальной в объяснении патогенеза всех известных форм амилоидоза, если представить возможное разнообразие мутагенных факторов. При вторичном амилоидозе (исключая амилоидоз при плазмодитоме) мутации и появление клона амилоидобластов связаны с длительной антигенной стимуляцией. При генетическом (семейном) амилоидозе речь идет о мутации гена, которая происходит в различных локусах, чем и определяется различие в составе

амилоидного белка у разных людей и животных. При старческом амилоидозе имеют место подобные механизмы, так как старческий амилоидоз рассматривают как фенотипическое проявление генетического. Клеточные мутации при параамилоидозе и, возможно, при опухолевидном локальном амилоидозе обусловлены опухолевыми мутагенами. Поскольку предшественники амилоида - амилоидные фибриллы (их белки) являются слабыми иммуногенами, мутирующие клетки не распознаются иммуннокомпетентной системой и не элиминируются. Возникает иммунологическая толерантность по отношению к белкам амилоида. Мутационная теория амилоидогенеза позволила понять близость амилоидоза к опухолевому процессу.

Классификация

Современные классификации амилоидоза построены по принципу специфичности основного фибриллярного белка амилоида. Среди системных форм амилоидоза выделяют АА-, AL-, АТТР- амилоидоз. АА-амилоидоз объединяет вторичный реактивный амилоидоз, амилоидоз в рамках периодической болезни (средиземноморской лихорадки), а также амилоидоз при синдроме Макла-Уэльса (семейная нефропатия с крапивницей и глухотой). AL-амилоидоз включает первичный (идиопатический) амилоидоз, амилоидоз при миеломной болезни и В-клеточных опухолях (болезнь Вальденстрема и др.). К АТТР-амилоидозу относятся семейная амилоидная полинейропатия (реже кардиопатия и нефропатия) с аутосомно-доминантным типом наследования и системный старческий амилоидоз. К АТТР-амилоидозу относится также и системный старческий амилоидоз. Однако в отличие от наследственного семейного амилоидоза в его основе лежит нормальный транстиретин. Системный старческий транстиретиновый амилоидоз является болезнью исключительно пожилых людей (старше 70 лет), что рассматривают как убедительный аргумент в пользу существования «возрастных» триггеров амилоидогенеза. По мнению В.В.Серова (1996), в амилоидогенезе при старческом амилоидозе (системном и локальном) имеют значение конформационные нарушения белков при нарастающей с возрастом брадитрофии тканей. По своим клиническим проявлениям старческий системный амилоидоз сходен с AL-амилоидозом и имеет в качестве основных органов-мишеней сердце, сосуды, однако отличается от него в целом меньшей тяжестью поражения, нередким сочетанием с атеросклерозом.

Материал исследования. Материалом исследования служила ткань аорты в 82 случаях вскрытий (52 мужчины, 30 женщин) в возрасте от 50 до 99 лет.

Методы исследования. Из аорты (грудной и брюшной отделы) для гистологического исследования вырезали кусочки, которые фиксировали 7-10 дней в 10% растворе нейтрального формалина и заливали в парафин. Препараты окрашивали гематоксилином и эозином, по ван-Гизону. Амилоид выявляли щелочным раствором конго-красного с последующим изучением срезов в поляризованном свете и световой микроскопии.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Частота встречаемости старческого аортального амилоидоза из 82 случаев

Старческий аортальный амилоидоз выявлен из 82 случаев у 21 умершего в возрасте от 60 до 99 лет, т.е. в 26,25% случаев. У двух больных, которые были в возрасте от 50 до 59 лет, амилоид не обнаружен.

Распределение частоты встречаемости старческого аортального амилоидоза по половому и возрастному признакам

Распределение частоты встречаемости старческого аортального амилоидоза по половому и возрастному признакам представлено в таблице 1

Таблица 1

Пол	Возраст (в годах)					ИТОГО
	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	
Мужчины	0	1	2	3	—	6(28,57%)
Женщины	0	2	5	7	1	15(71,43%)
ИТОГО	0	3	7	10	1	21(100%)

Из таблицы видно, что старческий аортальный амилоидоз в 3 раза чаще встречается у женщин по сравнению с мужчинами. Частота старческого аортального амилоидоза возрастает с увеличением возраста, особенно в возрастной группе 80-89 лет. Средний возраст умерших со старческим аортальным амилоидозом - 78,8 лет (для мужчин - 77,8 лет, для женщин - 87,8 лет).

По нашим данным старческий аортальный амилоидоз встречается главным образом в грудном отделе аорты (в 16 из 21 наблюдений) и в 2 раза чаще у женщин (у 11 из 16). Амилоидоз грудного и брюшного отделов аорты найден у 5 из 21 умерших, в том числе у женщин (у 4 из 5).

Отложение амилоида встречалось только в средней оболочке аорты. Амилоид при старческом аортальном амилоидозе слабо окрашивается конго-красным (рис. 1), но обладает дихроизмом и анизотропией в поле поляризации и дает изумрудное свечение (рис. 2).

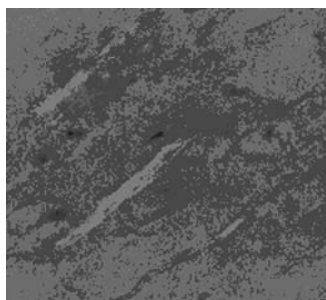


Рис. 1. – Старческий аортальный амилоидоз. Окраска конго-красный, об.20ок.15

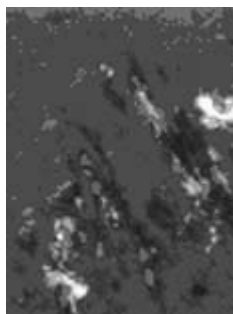


Рис. 2. – Старческий аортальный амилоидоз. Анизотропия в поле поляризации об.40.ок.10

Клиническое сочетание амилоидоза аорты и атеросклероза

Особого внимания заслуживает вопрос о взаимоотношении старческого аортального амилоидоза и атеросклероза. У всех 21 умерших со старческим аортальным амилоидозом найден атеросклероз (рис №3), причем с поражением брюшного и грудного отделов.

Таким образом, в большинстве случаев можно видеть сочетание амилоидоза и атеросклероза, хотя грудной отдел аорты в 2/3 случаев был поражен атеросклерозом менее чем в брюшном отделе.

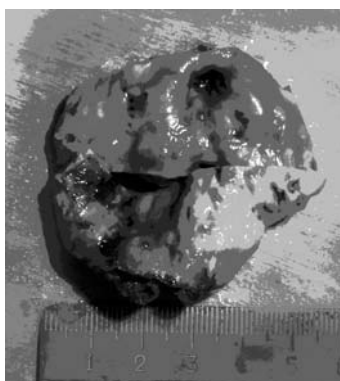


Рис. 3. – Атеросклероз аорты. Макроскопия. Цифровой фотоаппарат X3,6

Выводы:

1. Старческий аортальный амилоидоз является одной из локальных форм старческого амилоидоза.
2. Старческий аортальный амилоидоз встречается часто и особенно в восьмом десятилетии жизни.
3. Старческий аортальный амилоидоз в 2,5% чаще встречается у женщин.
4. Старческий аортальный амилоидоз преимущественно локализуется в торакальном отделе аорты и во внутренней ее оболочке.
5. Продукция белка фибрилл амилоида связана с гладкомышечными клетками, что подтверждается светооптически.
6. Амилоидоз и атеросклероз у старых людей в большинстве случаев сочетаются.
7. Старческий аортальный амилоидоз – это локальная форма амилоидоза, не диагностируется врачами всех специальностей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Виноградова О.М. Первичный и генетические варианты амилоидоза. - М., 1980. -224с.
2. Козловская Л.В. Амилоидоз // Терапевтический архив.-1998.-Т.70, №6. М.: Медицина.с.62-70.
3. Козловская Л.В. Новое в классификации, диагностике и лечении амилоидоза // Российский медицинский журнал.-2000.-с.46-50.
4. Козловская Л.В., Рамеев В.В., Саркисова И.А. Амилоидоз у пожилых // Клиническая медицина.-2005.-№6 с.12-20.
5. Серов В.В. Старческий амилоидоз: от тетрады Шварца до наших дней // Архив патологии.-1998-Т.60 №1 с.23-27.

УДК 576.8:611-018.5

КАЧЕСТВЕННЫЕ И КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДНК ПРИ HLA – ГЕНОТИПИРОВАНИИ

Букова Т. В., Хохлова О. И.

ГУЗ СО «Клинический центр клеточных технологий»

Самарский государственный медицинский университет

Кафедра фундаментальной и клинической биохимии с лабораторной диагностикой

Научный руководитель: к.м.н. Тороповский А. Н.

Актуальность. Новейшие достижения в области трансплантологии позволяют все шире использовать трансплантацию органов и тканей для лечения разных заболеваний. Особую роль при этом играют антигены человека, с которым связан иммунный ответ на трансплантат, – это антигены главного комплекса тканевой совместимости (HLA – human leucocyte antigen).

Структурные различия молекул I и II классов, экспрессируемых донорами и реципиентами – это главные стимулы отторжения и других аллореактивных иммунных ответов при клинических трансплантациях. Основа этих различий – обильный и сложный генетический полиморфизм, который доказывает, что люди наследуют и экспрессируют различные комбинации аллелей I и II класса. В HLA-комплекс входит около четырех миллионов пар нуклеотидов и он имеет размер, сравнимый с целым геномом бактерии *E. coli*.

Традиционно HLA-тип устанавливался при помощи серологических исследований, производимых на живых лимфоцитах, выделенных из периферической крови. Эти исследования оценивают антигенные различия между возможными аллотипами и описывают HLA-тип в виде серий антигенов. Когда для изучения HLA вариаций начали пользоваться биохимическими методами и методами молекулярной биологии, стали очевидными ограничения серологических методов. Это привело к замене серологии более точными и жесткими методиками, основанными на оценке аллельных последовательностей в препаратах геномной ДНК. В этом отношении практика клинического HLA типирования находится в периоде становления и развития. Поэтому, все еще принято определять I класс серологически, тогда как II класс чаще определяют при анализе геномной ДНК. Современные методы исследования, применяемые в клинической лаборатории для HLA-типирования, основаны на полимеразной цепной реакции. В последнее время появилось множество работ, характеризующих взаимосвязь множества биохимических и гематологических показателей с различной групповой принадлежностью по системе АВ0. Однако в литературе отсутствуют сведения, характеризующие взаимосвязь групповой принадлежности с показателями ДНК. Методика HLA-типирования с использованием гибридизационной технологии и анализатора Lumiplex позволяет проводить свыше 300 генотипирований в неделю, но для такого высокочувствительного метода существуют строгие требования к качеству и количеству выделенной ДНК: концентрация 20-40 нг/мкл и отношение оптической плотности на длине волны 260 нм к оптической плотности на длине волны 280 нм более 1,65.

Цель исследования. Определить факторы, влияющие на качественные и количественные показатели ДНК, выделенной для HLA-генотипирования из пуповинной крови.

Материалы и методы. ДНК выделялась в растворе объемом 100 мкл из образцов пуповинной крови спиртово-адсорбционным методом с использованием колонок Nucleo-Spin (Macherey-Nagel, Germany). Концентрация ДНК измерялась с помощью спектрофотометра Gene Quant на длине волны 260 нм в кювете с объемом 7 мкл. Качество ДНК оценивалось как отношение адсорбции света на длине волны 260 нм к адсорбции на длине волны 280 нм на том же спектрофотометре.

Полученные результаты. Всего выделено 170 образцов ДНК. Мы установили, что средняя концентрация ДНК, выделенной из пуповинной крови, составляет $59,62 \pm 24,07$ нг/мкл, средний показатель качества – $1,83 \pm 0,58$.

У образцов с 0(I) группой крови средняя концентрация ДНК составила 57,34 нг/мкл, с А(II) группой – 59,8; с В(III) – 62,23 и с АВ (IV) – 57,9 нг/мкл.

Распределение качественных показателей ДНК в зависимости от группы крови оказалось следующим: 0(I) группа – 1,82; А(II) группа – 1,79; В(III)-группа 1,88 и АВ (IV) группа – 1,67. Однако, статистически значимых различий выявлено не было.

Также мы выявили наличие прямой положительной слабой корреляционной связи концентрации ДНК и количества лейкоцитов в образце крови ($r=0,3$; $p < 0,001$) – см. рис. 1

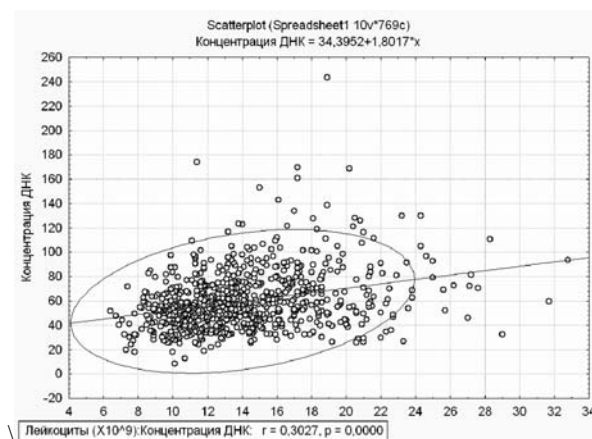


Рис. 1. – Зависимость концентрации ДНК от концентрации лейкоцитов

Корреляционной зависимости показателей качества ДНК не было выявлено ни от одного из изучаемых параметров.

Выводы:

1. Средняя концентрация ДНК при выделении из пуповинной крови спиртово-адсорбционным методом составляет $59,62 \pm 24,07$ нг/мкл. Средний показатель качества равен $1,83 \pm 0,85$. Следовательно, перед проведением HLA-типирования большинство образцов выделенной ДНК нуждается в разведении.

2. ДНК с наибольшей концентрацией и наилучшими показателями качества наблюдались у образцов с В(III) группой крови – $62,23 \pm 27,8$ нг/мкл и $1,88 \pm 0,51$, соответственно; наименьшие показатели концентрации – с 0(I) группой – $57,34 \pm 20,53$ нг/мкл, а наименьший показатель качества с АВ(IV) группой крови – $1,67 \pm 0,43$.

3. Вычисленная положительная корреляционная связь количества лейкоцитов и концентрации выделенной ДНК позволяет с 95% вероятностью предсказывать концентрацию ДНК (нг/мкл) по формуле $34,39 + 1,8 \times \text{количество лейкоцитов} (\times 10^9/\text{л})$

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гильмиярова, Ф. Н. Группы крови : биологическая вариабельность клеточного состава и метаболизма в норме и патологии / Ф. Н. Гильмиярова, В. М. Радомская, Н. И. Гергель, О. А. Гусякова, И. Ф. Сидорова ; под ред. Г. П. Котельникова. – М. : Известия, 2007. – 490 с.
2. Гланц, С. Медико-биологическая статистика / С. Гланц. – М. : Практика, 1999. – 459 с.
3. Зарецкая, Ю. М. Клиническая иммуногенетика / Ю. М. Зарецкая. – М. : Медицина, 1983. – 208 с.
4. Зубова, И. А. Метаболические параметры плазмы и клеточный состав крови при различной групповой принадлежности: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 03.00.04 / И. А. Зубова. – Уфа, 2007. – 25 с.
5. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных: применение пакета прикладных программ «STATISTICA» / О. Ю. Реброва. – М. : Медиа сфера, 2003. – 312 с.
6. Steven, G. E. Marsh. The HLA FactsBook / G. E. Steven Marsh, P. Parham, L. D. Barber. – N. Y. : Academic Press, 2000. – 398 p.

УДК 616.314-089.27:615.462

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ С ФОТОКОМПОЗИТАМИ В УСЛОВИЯХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СТУДЕНЧЕСКОГО ПРИЕМА

Бурдакова А. И.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра терапевтической стоматологии*

Научный руководитель: асс. Зубарев А. И.

Прямые композитные реставрации являются наиболее распространенными на сегодняшний день. Существует определенный алгоритм действий при работе с адгезивнофиксированными реставрациями. Основные причины их нестабильности и возможные осложнения, связаны с нарушением алгоритма действий[3], их можно разделить на две группы:

- 1) Ошибки при обработке эмалевого и дентинного субстратов.
- 2) Нарушения при работе с конкретными адгезивными системами, порядок работы с которыми, не всегда четко указывается производителем.

Нарушения входящие в вышеуказанные группы могут быть контролируемые и неконтролируемые. Например существует критерий оценки достаточного препарирования дентина это звук выраженной крепитации при зондировании. Так же ранее производилась визуальная оценка кариозной полости, считалось необходимым удаление всего измененного в цвете дентина, как размягченного так и кариозноизмененного склерозированного дентина, но как показали некоторые исследования последний тип дентинного субстрата является также пригодным для проведения адгезивнофиксированной реставрации[1]. Одним из основных факторов успешного лечения, является проведение влажного бондинга [3](wet bonding). Это наиболее актуально при работе с адгезивными посредниками 4-го, 5-го поколений одним из этапов работы с которыми является травление дентина ортофосфорной кислотой. Невозможность контролировать достаточную увлажненность дентина является одним из основных факторов недостаточной адгезии фотокомполитов к дентину. Сеть коллоидных волокон при недостаточном количестве воды на поверхности дентина является непреодолимым препятствием для проникновения адгезива в перетубулярный дентин.

В последнее время появились новые данные о влиянии различных препаратов для мед. обработки на адгезию дентинного субстрата к фотокомполитам, в частности обработка раствором гипохлорита натрия приводит к полному растворению и удалению коллоидных волокон с поверхности дентина, устраняя основную причину недостаточной адгезии [1,4] (рис.1).

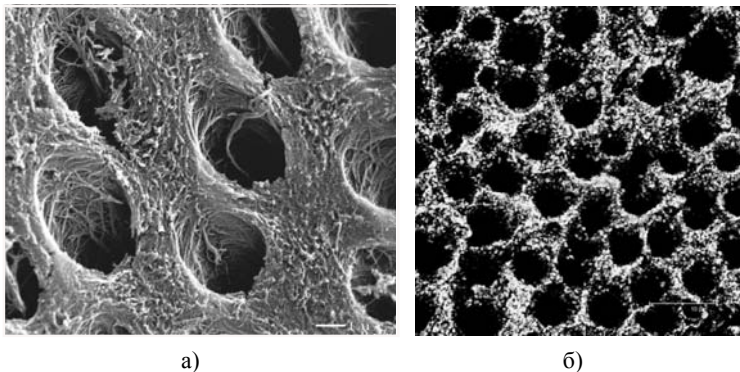


Рис. 1. – а) дентина после обработки кислотой б) дентин после травления и обработки гипохлоритом натрия

Как уже указывалось выше наиболее распространенными адгезивными посредниками являются системы 5-го поколения, когда в состав одной рабочей жидкости включены праймер и адгезив, как правило данные системы содержат летучие растворители спирт либо ацетон или их смесь, объем которых строго дозирован. Снижение содержания растворителя в рабочей жидкости так же негативно влияет на адгезию фотокомполитов к дентину, так как снижается пенетрационная способность адгезива. Основная форма выпуска адгезива во флаконах объемом 5 мл для многократного использования, что связано так же с частым открыванием и следовательно испарением растворителя, при работе опытного врача стоматолога этот момент не имеет значения, но в условиях студенческого приема когда, не всегда возможен контроль за соблюдением правил работы с материалами, это приводит к преждевременному ухудшению их свойств. Исходя из выше-сказанного наиболее целесообразным является использование на приеме студентов-стоматологов материалов в одноразовых упаковках так называемых «унидозах».

Так на базе кафедры терапевтической стоматологии в условиях приема пациентов студентами были выполнены фотокомполитные реставрации однокомпонентной адгезивной системой в одноразовой упаковке «ТЕСО» (DMG Германия)(рис.2), за проведенный период было выявлено уменьшение случаев дебондинга и выпадения пломб, а так же таких осложнений как постпломбировочные боли, отмечена стабильность результатов лечения.



Рис. 2. — адгезивная система «ТЕСО» в одноразовых упаковках

Таким образом соблюдение принципов «wet bonding», а так же применение адгезивных систем и пломбировочных материалов в одноразовой упаковке, в условиях приема пациентов студентами-стоматологами способно значительно снизить количество ошибок во время лечения и как следствие повысить стабильность качественно выполненных фотоком-позитных реставраций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Зубарев А.И., Николаенко С.А. Влияние обработки растворами гипохлорита натрия адгезию фотокомпозитов // Труды всероссийской научно-практической конференции «Сибирский стоматологический форум»- Красноярск 2009 С. 109-113.
2. Зубарев А.И., Николаенко С.А. Кариозно-измененный дентин как субстрат для прямых адгезивных реставраций.// Труды всероссийской научно-практической конференции «Сибирский стоматологический форум»- Красноярск 2009
3. Николаенко С.А.Современные аспекты реставрации твердых тканей зубов//изд. МЕДИ СПб. 2007
4. S.A. Nikolaenko, U. Lohbauer, M. Zipperle, W. Dasch, A. Petschelt, R. Frankenberger Research of biomimetic apatite formation on a dentine surface. Dental Materials 2007

УДК 616-02:546.59:312.6:614.87

МЕДИКО-ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕРЕРАБОТКИ ЗОЛОТОСОДЕРЖАЩЕГО МИНЕРАЛЬНОГО СЫРЬЯ

Бурдин В. Н., Мотов И. В.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Тувинский институт комплексного освоения природных ресурсов СО РАН

Кафедра фармакологии с курсом клинической фармакологии, фармтехнологии и ПО

Научные руководители: с.н.с. Бурдин Н.В., д.м.н., проф. Гребенникова В. В.

Только на территории Республики Тыва известно более 160 россыпей, расположенных по притокам Большого и Малого Енисея выше г. Кызыла, а по всей Сибири и Дальнего Востока еще больше россыпей, зараженных техногенной ртутью. При разработке россыпных месторождений извлечение золота из черновых концентратов гравитационного обогащения до недавнего времени осуществляли амальгамацией, то есть извлечение золота из концентратов при помощи смачивания его ртутью. В результате произошло интенсивное загрязнение ртутью природной среды в долинах рек, что подтверждено геоэкологическими исследованиями участков старых старательских отработок (таблица 1).

Таблица 1

Содержание ртути в почвах Республики Тува и некоторых районов Сибири, мг/кг

Район, горизонт	Количество проб	Среднее	Пределы содержаний
Республика Тува:			
дерн	43	0,105	0,031-0,21
гумус	70	0,067	0,018-0,12
пахотные земли	28	0,047	0,017-0,65
Тоджинский район: РТ			
дерн	6	0,14	0,084-0,16
гумус	18	0,081	0, 053-0,12
пахотные земли	6	0,19	0, 052-0,65
Красноярский край:			
дерн	98	0,092	0,036-0,19
гумус	114	0,054	0,028-0,11
пахотные земли	38	0,037	0,032-0,56
Степной Алтай:			
дерн	88	0,05	—
гумус	97	0,04	—
пахотные земли	10	0,031	0,057-0,11
Горный Алтай:			
дерн	132	0,062	—
гумус	125	0,043	—
пахотные земли	16	0,033	0,012-0,71
Новосибирская обл.:			
дерн	27	0,076	—
гумус	27	0,052	—
Кемеровская обл.:			
дерн	51	0,071	—
гумус	54	0,03	—
пахотные земли	15	0,029	0,01-0,069

В связи с загрязненностью долин рек техногенной ртутью, распространенной во многих районах Сибири, возможна интоксикация ртутью. В последние годы одной из наиболее актуальных научно-практических проблем стало изучение влияния ухудшающейся экологической обстановки на здоровье населения. В этой связи особого внимания заслуживает вопрос о загрязнении окружающей среды техногенной ртутью. Ужесточение контроля за содержанием ртути в производственных условиях привело к уменьшению случаев ртутных отравлений. В то же время бесконтрольное использование на некоторых золотодобывающих предприятиях ртути, расширило контингент лиц, страдающих ртутной интоксикацией, не знающих об этом и длительно не обращающихся к врачам. Ртуть является одним из 17 тяжелых металлов, загрязняющих окружающую среду, и способными накапливаться не только в организме животных, птиц и рыб, но и человека. Особенно это касается органических соединений ртути (метил- или этил-ртуть), обнаруживающихся в водоемах. По мнению диетологов, главная опасность содержащихся в рыбе тяжелых металлов заключается в том, что подобные соединения не выводятся из продукта в процессе его обработки, а следовательно - накапливаются в организме человека. Необходимо отметить, что тяжелые металлы содержатся не только в рыбе, но, например, и в грибах. Впервые об опасности содержания в рыбе тяжелых металлов заговорили еще в 50-е годы прошлого века. Тогда же ученые начали предупреждать о возможном развитии миноматоза - заболевания, связанного с повышенным уровнем содержания ртути в организме человека. «Ртуть - вещество первого класса опасности, однако реальная опасность наступает лишь после пересечения критического порога содержания ртути в организме, который, естественно, у каждого человека индивидуален». Хотя вдыхание паров ртути не убивает мгновенно, но она практически не выводится из организма. Более того, воздействие ртути на организм имеет кумулятивный эффект. По санитарно-гигиеническим нормам ее содержание в рабочей зоне не должно превышать 0,017 мг на куб. м. Это значит, что ртути, полностью испарившейся из одного разбитого градусника, будет достаточно, чтобы загрязнить 10 млн куб. м. воздуха. Ртуть прекрасно реагирует с тиолами, за счет чего встраивается в кожную оболочку человека. А органические соединения ртути - сильнейшие яды. Более 90% метилированной ртути, попавшей в желудочно-кишечный тракт, всасывается и аккумулируется в основном в центральной нервной системе. Кроме того, ртуть способна проникать через плацентарный барьер, что ведет к внутриутробному заражению.

Ртуть - тиоловый яд, блокирующий сульфгидрильные группы тканевых белков; этот механизм лежит в основе полиморфных нарушений в деятельности ЦНС. Ртуть обладает выраженным тропизмом к глубинным отделам головного мозга. Клинически для острой интоксикации парами ртути характерны головная боль, лихорадка, понос, рвота, спустя несколько дней развиваются геморрагический синдром и язвенный стоматит. Начальная стадия хронической интоксикации парами ртути протекает по типу вегетососудистой дистонии, неврастении (раздражительная слабость, головная боль, прерывистый сон, сонливость днем). Характерен мелкий, неритмичный тремор пальцев, тахикардия, повышенная потливость, «игра» вазомоторов, блеск глаз. Повышается функция щитовидной железы, коры надпочечников; дисфункция яичников. Выраженная интоксикация протекает по типу астеновегетативного синдрома. Нарастает головная боль, астения, беспокоят упорная бессонница, тягостные сновидения. Характерен симптом «ртутного эретизма» - робость, неуверенность в себе, при волнении - гиперемия лица, сердцебиение, потливость. Типичны выраженная сосудистая неустойчивость, кардиалгии. Возможно развитие синдрома гипоталамической дисфункции с вегетососудистыми пароксизмами.

По мере прогрессирования заболевания формируется синдром энцефалопатии, нарастают психопатологические расстройства. Изменения внутренних органов носят дисрегуляторный характер (кардионеврозы, дискинезии). Часто наблюдается субфебрилитет [1-3]. Пары ртути, попадая в организм человека, лишь очень короткое время находятся в крови. Пары ртути (Hg_0) - это гидрофобная субстанция, которая довольно быстро проникает через клеточные мембраны в клетки, где определенные ферменты, такие как каталаза, быстро преобразуют ее в Hg^{2+} - реактивную и токсичную форму ртути, называемую неорганической ртутью. Организму практически невозможно вывести ни большую часть Hg_0 , ни Hg^{2+} в их первоначальной форме. Чтобы Hg^{2+} была выведена из организма, она должна быть вначале поглощена клеткой, в которой может образовывать комплекс с глутатионом. Именно ртуть-глутатионовый комплекс в первую очередь выделяется из клеток в кровь, и в дальнейшем очищается транспортной системой желчных протоков печени. Таким образом, в результате воздействия ртути на организм, повышается, в основном, уровень ртуть-глутатионового комплекса, который можно измерить в крови, моче, кале и волосах. Это уже не исходная Hg_0 , которая «предпочитает» распределяться по более гидрофобным клеткам организма.

Таким образом, отсутствие ртути в волосах новорожденных аутистов предполагает наличие четкой связи с тем, что они не могут эффективно выводить ртуть из организма, вероятнее всего, из-за отсутствия способности эффективно связывать Hg^{2+} с глутатионом. Исследование д-ра Джилл Джеймс из университета в Арканзасе частично объясняет этот феномен, демонстрируя у аутистов низкий уровень внутриклеточного глутатиона, который используется организмом в нормальном процессе экскреции [1-3]. Пары ртути с легкостью проникают в мозг, где Hg_0 переходит в токсичную форму Hg^{2+} . В то время как Hg_0 легко попадает в мозг, Hg^{2+} трудно пересечь кровяной барьер мозга в любом направлении. Таким образом, Hg^{2+} удерживается в мозге и не может эффективно выводиться. Исходя из уровня ртути в ногтях, удержание Hg^{2+} , вероятно, возрастает у пожилых людей, которые уже не способны выводить ртуть так же легко, как в молодости. Это подвергает их воздействию большим количеством этилртути на протяжении всей их жизни, увеличивающим «ртутное бремя» их организма и усиливающим общий токсический эффект ртути.

Анализ результатов лабораторных экспериментов, полупромышленных и промышленных испытаний (аквагравитационных комплексов), а так же достижений мировой практики переработки золотосодержащего сырья, свидетельствуют о том, что максимально извлечь мелкое и тонкое золото, а так же техногенную ртуть на одной установке, в одну стадию, практически невозможно.

Для решения этой задачи требуется создание технологической линии с оптимальным набором и рациональной компоновкой необходимого оборудования - как традиционно используемого в золотодобыче, так и оригинального, способствующего повышению степени извлечения мелкого и дисперсного металла. С целью очистки загрязненного аллювия от продуктов амальгамации разработаны обогащенный комплекс и технологическая схема утилизации ртути с попутным извлечением благородных металлов из эфелей старательских отработок и карт захоронения золотосодержащих хвостов обогащенных фабрик.

Технологической основой, особенно для труднопромыслываемых (глинистых) зараженных техногенной ртутью золотосодержащих песков, является подготовка пульпы к процессу обогащения, т.е. его интенсивная дезинтеграция. Основным преимуществом обогащенных комплексов является высокая производительность по исходному материалу при эффективном

улавливании тяжелых тонких частичек с максимальным извлечением полезного компонента в концентрат, а также возможность обогащения руд с высоким содержанием в глине тонких тяжелых частичек. Технологический эффект вызван созданием устойчивого процесса подачи и подготовки пульпы грохочением с последующим получением концентрата из тяжелых тонких частиц и диспергированной ртути. Полученный концентрат доводят на шлихообогащательной установке (ШОУ) с использованием виброгрохота-шлюза, механического лотка, гидроклонны и центробежно-вихревого концентратора.

Обогащательные комплексы и технологические линии различных модификаций отличающиеся тем, что для каждого месторождения соответствовала своя оптимальная компоновка оборудования и технологический режим, прошли полупромышленные и промышленные испытания на опытно-эксплуатационном полигоне Тув.ИКОПР СО РАН в бассейне реки Хопто (Тува), при переработке лежалых хвостов Артемовской ЗИФ (Красноярский край), на промышленной отработке аллювиальных россыпей золота в старательских артелях «Восток», «Аякс-О» и «Ожу». На всех испытательных полигонах достигнуто стабильное увеличение степени извлечения благородных металлов и техногенной ртути на 15-20% по сравнению с традиционными технологиями, в основном, за счет дополнительного улавливания более мелких, тяжелых фракций. Извлечение золота в черновые концентраты для месторождения Кызык-Чадыр (Тува) составляло в среднем 80-95 % при содержании в концентрате до 5,6 кг/т для рудных месторождений и до 24 кг/т для россыпных месторождений. Извлечение техногенной ртути составило 98%. На полученном золотосодержащем продукте отработана технология амальгамирования и разделения золота и ртути по замкнутой схеме, а также извлечения золота и платиноидов на селективных сорбентах.

Вывод.

Использование экологически чистых технологий по переработке полезных ископаемых даст возможность снижения степени отравлений и заболеваний, связанных с ртутью, её парами и солями, что, в связи с большой распространенностью загрязнения долин рек техногенной ртутью в Сибири и на Дальнем Востоке, представляет важную государственную задачу для охраны здоровья населения и заботе о будущих поколениях.

Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ – грант 05-05-97214-байкал-р.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бурдин Н.В., Гребенникова В.В., Лебедев В.И., Бурдин В.Н. /Санитарно-экологические проблемы старой золотодобычи./ Материалы Международной научно-практической конференции «ДАЛЬНЕВОСТОЧНАЯ ВЕСНА-2007» г. Комсомольск-на-Амуре, 2007. с. 169-173
2. James SJ, Cutler P, Melnyk S, Jernigan S, Janak L, Gaylor DW, Neubrandner JA. Metabolic biomarkers of increased oxidative stress and impaired methylation capacity in children with autism. Am J Clin Nutr, 2004 Dec; 80:1611-7.
3. Бурдин Н.В., Лебедев В.И. Способ извлечения тонких тяжелых компонентов из россыпных и рудных месторождений и обогащательный комплекс для его осуществления./Патент РФ №2162746. М.: РОСПАТЕНТ ФИПС: Бюл. №4, 2001.– 10 с.

УДК 616.12-008.331.1-092-036

ДЕСИНХРОНОЗ В ПАТОГЕНЕЗЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Бурдин В. Н., Мотов И. В., Лысенко М. В., Фокина А. А., Никишина А. В.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Красноярский базовый медицинский колледж им. В. М. Крутовского

Кафедра фармакологии с курсами клинической фармакологии, фармтехнологии и ПО

Кафедра неотложной медицины

Кафедра функциональной диагностики и ПО

Научные руководители: д.м.н., проф. Попов А.А., д.м.н., проф., Гребенникова В.В., к.м.н., доц. Савченко Е.А.

Актуальность проблемы: Как известно, лидирующее место по смертности в Российской Федерации, как и во всем мире, занимает сердечно-сосудистая патология. Одной из самых распространенных сердечно-сосудистых патологий является гипертоническая болезнь (ГБ). По данным национальной статистики РФ (за 2005 год), смертность от патологии сердечно-сосудистой системы (ССС) среди мужчин в возрасте от 45 до 74 лет составляет 46.6%, из которых на долю осложнений ГБ, таких как ИБС, ОНМК и прочие, приходится 87.5%. Среди женщин того же возраста, смертность от патологии СССР составляет 53.4%, из которых на долю осложнений ГБ приходится 85%. На долю эссенциальной артериальной гипертензии (ЭАГ) приходится 87-96% всех артериальных гипертензий (АГ). Так по последним данным распространенность ЭАГ в РФ составляет примерно 39.2% у мужчин и 41.1% у женщин. На данный момент существует только симптоматическая терапия ЭАГ, требующая пожизненного применения ряда гипотензивных препаратов. Эффективность лечения колеблется от 5.7% до 17.5%. За последние десятилетия отмечается неуклонный рост числа больных ГБ, как в РФ, так и во всем мире.

Цели и задачи: Изучение патогенеза ГБ с хронобиологических позиций и улучшение существующих методов патогенетической терапии ГБ, снижение скорости прогрессирования заболевания, уменьшение числа осложнений ГБ, таких как острый инфаркт миокарда (ОИМ), острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК).

Материалы и методы: Объектами исследования явились 697 пациентов с АГ на базе подстанций скорой помощи Ленинского и Свердловского районов. Из них 418 пациентов мужского пола (60,2%), у которых в 91,7% случаев встречалась ЭАГ, в 8,3% случаев симптоматические гипертензии. 279 пациентов женского пола, у которых в 89,4% случаев встречалась ЭАГ, в 10,6% симптоматические гипертензии.

80 пациентов, страдающих ГБ, на базе кардиологических отделений ГКБ №20.

10 слепых на оба глаза подростков с определением принадлежности к определенному хронотипу и суточным мониторингом артериального давления.

В структуре симптоматических гипертензий у мужчин 85,5% составляет нефрогенная гипертензия, 14,5% - гипертензия эндокринного генеза. У женщин в структуре симптоматических гипертензий 84,9% составляет нефрогенная гипертензия, 15,1% -гипертензия эндокринного генеза, то есть наблюдается примерно одинаковое распределение, не зависящее от пола пациента.

Определение хронотипов у больных с артериальной гипертензией, при помощи хронотеста Степановой, и параллельно разработанным нами тестом для хронотипирования, выявило следующее распределение. Представители хронотипов «совы» и «жаворонки» встречались в соотношении степени 26,6% и 73,4% соответственно. Между количеством баллов, применяемых нами, хронотестов и возрастом существует положительная корреляция (коэффициент корреляции 0,73 при $p < 0,05$), то есть с увеличением возраста происходит сдвиг от ярко выраженного хронотипа «сова» к склонности к этому хронотипу и от склонности к хронотипу «жаворонок» к ярко выраженному хронотипу.

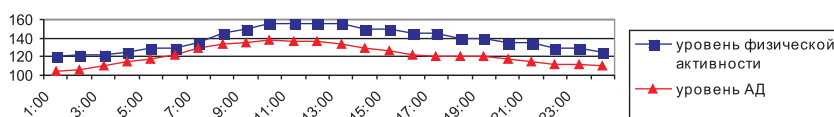
Полученные результаты: Распределение больных с разными хронотипами по возрасту: в возрастном периоде старше 40 лет среди больных артериальной гипертензией преобладают «жаворонки», в периоде до 40 лет – «совы», причем количество «сов» с возрастом уменьшается, а «жаворонков» наоборот увеличивается. Средний возраст представителей хронотипа «жаворонки» $63,6 \pm 1,3$ года, представителей хронотипа «совы» $28,5 \pm 2,3$ года, разница между выборками достоверна ($p < 0,001$). Таким образом, основной возрастной период для «жаворонков» - лица старше 50 лет, тогда как «совы» выявляются в молодом возрасте – до 30 лет. Это можно объяснить ритмом жизни людей молодого и пожилого возраста. Молодые люди, имеют пик активности в вечернее и ночное время, что закладывается еще с детства. Люди пожилого возраста все свои дела планируют в основном на светлое время суток, подстройка их циркадианных ритмов ди системы, особенно в условиях проживания в крупных городах.

При анализе факторов риска развития АГ у «жаворонков» ведущее место занимает ожирение и сопутствующая ему гиперлипидемия (68% обследованных, из них у 57% ожирение по мужскому типу), у «сов» - курение (90%, из них 30% курят по 1 пачке в день, 53% по 1, 5 пачки в день, 17% по 2 пачки в день). То есть лишний вес с возрастом представляет риск для появления АГ, тогда как в молодом возрасте опасны стрессы и курение. Следует обратить внимание на невысокую степень частоты АГ от употребления алкоголя у «сов» и у «жаворонков». У пациентов с хронотипом «жаворонки» ГБ часто является сопутствующей с патологией периферических органов (гипертиреоз, сахарный диабет 2 типа, хронические заболевания почек). У пациентов с хронотипом «совы» гипертоническая болезнь часто сопутствует с перенесенной 1-1,5 назад черепно-мозговой травмой.

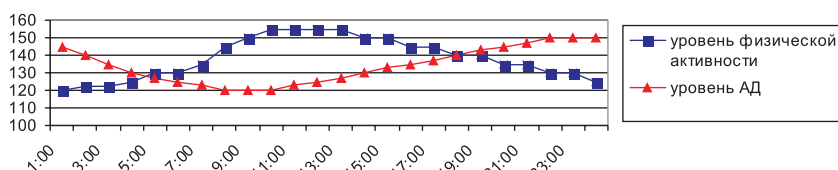
Патология периферических органов не что иное, как десинхронизация согласованной работы третичных пейсмекеров циркадианного ритма, длительное протекание которого ведет к нарушениям деятельности супрахиазматических ядер и лимбико-ретикулярного комплекса (неотрегированные отрицательные эмоции) и присоединению центрального компонента эндогенного десинхронизации. ктуется социумом и осуществляется с пиком двигательной активности в утреннее время.

При мониторингировании больных ЭАГ были выведены ритмы синхронизации и десинхронизации динамики АД и физической активности. В случаях впервые возникшей ЭАГ, наблюдаются графики АД в общем соответствующие норме физической активности, но с появлением нескольких пиков повышения АД во время, не синхронизированное с физической активностью. У людей с гипертонией 3 иногда отмечаются хаотичные графики АД. Но в большинстве случаев мы отмечаем динамику АД, которая схематично отображена на следующих графиках:

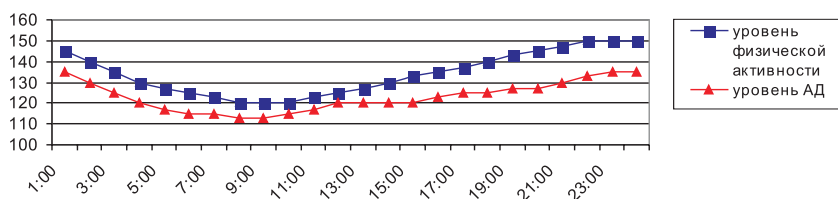
Синхронизация ритмов суточной активности и уровня АД у "жаворонков"



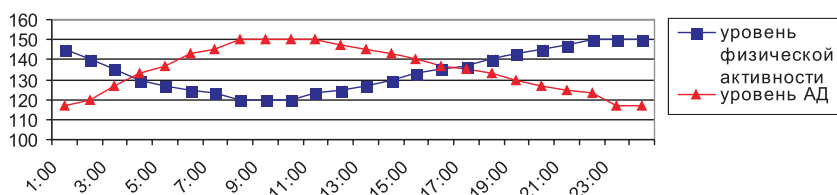
Десинхронизация ритмов суточной активности и уровня АД у "жаворонков"



Синхронизация ритмов двигательной активности и уровня АД у "сов"



Десинхронизация ритмов двигательной активности и уровня АД у "сов"



Хронобиологические исследования других авторов выяснили, что основным регулятором циркадианной ритмики является гормон мелатонин (индол-N-ацетил-5-метокситриптамиин), предшественником которого является серотонин. Вырабатывается мелатонин тогда, когда сетчатка глаза не воспринимает свет. Согласно полиосцилляторной теории циркадианых ритмов (предложенной в 1961 году Питтендраем) первичным пейсмейкером, синхронизирующим ритмы вторичных (некоторые структуры мозга, к которым относятся полосатое тело, контролирующее моторику и психические процессы, гиппокамп, связанный с организацией эмоционально-мотивационного поведения) и третичных (внутренние органы) пейсмейкеров, являются супрахиазматические ядра гипоталамуса (СХЯ). Это объясняет взаимосвязь СХЯ и симулирующего эффекта симпатического нерва, а так же высвобождению катехоламинов, глюкокортикоидов и т.д. Это в свою очередь объясняет повышение и понижение АД в ритмической последовательности. По данным С. И. Рапопорта, мелатонин оказывает следующие гипотензивные эффекты: благодаря синхронизирующим свойствам, способен ликвидировать рассогласование циркадианых ритмов, ограничить функцию гипоталамической системы, активирует дофамин-эргические и ГАМК-эргические механизмы, стимулирует синтез простагландина Е-2 (ПГЕ-2) и простациклина, а так же мелатонин контролирует кальциевые каналы, тем самым, нарушая круг патогенеза АГ. Патологоанатомические исследования показали, что в пожилом возрасте наблюдаются дегенеративные изменения СХЯ, иногда сопровождающиеся их полной инволюцией. Это объясняет наличие хаотичной динамики повышения АД у некоторых больных и риск развития ЭАГ с возрастом.

Выводы:

1. Эссенциальная артериальная гипертензия, в большинстве случаев осложняется процессом дезадаптации по отношению к циркадианному ритму, являющийся эндогенным десинхронозом, возникающим либо при нарушении нормального ритма функционирования периферических органов, либо при нарушении ритмогенной функции центральных структур фотопериодизма.
2. Мелатонин - снимает напряжение в вегетативных центрах и коре головного мозга, расширяет сосуды, оказывает кардиопротекторное действие, понижает выброс стрессовых гормонов, тормозит РААС, ликвидирует рассогласование циркадианых ритмов, ограничивает функцию гипоталамической системы, активирует дофамин-эргические и ГАМК-эргические механизмы, стимулирует синтез ПГЕ-2 и простациклина, контролирует кальциевые каналы, тем самым, нарушая круг патогенеза АГ.
3. Использование препарата мелатонина Мелаксена, в комплексной хронотерапии ГБ, осложненной десинхронозом, направленной на предотвращение эпизодов гипертензии, позволяет синхронизировать циркадианный биоритм колебания артериального давления, тем самым снизить скорость прогрессирования заболевания, уменьшение числа осложнений ГБ, таких как ОИМ, ОНМК.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арушунян Э.Б. Хронофармакология. - ТОП-Медицина, Ставрополь, 2000-376с.
2. Элиот В., Элиот Д. Биохимия и молекулярная биология. М.:ООО «Материк-альфа», Москва, 2000 г.
3. Заславская Р.М., Халберт А., Ахметов К.Ж.- Хронотерапия артериальной гипертензии// М., Научно-издательское объединение «Квартет», Москва, 1996-256с.
4. Заславская Р.М., «Хронофармакология и хронотерапия», Трида-Х-2000, Москва, 1997-210с.
5. Ольбинская Л.И., Хапаев Б.А. «Роль суточного мониторирования артериального давления в диагностике и лечении кардиологических заболеваний», «Хронобиология и хрономедицина», Трида-Х-2000, Москва с.211-229.
6. Soergel M. Development of normative ambulatory blood pressure data in children. Arbeitsgruppe Padiatrische Hypertonie. Blood Pressure Monitoring.1999;4(3-4):121-126.
7. Lurbe E, Redon J, Liao Y, Taconis J, Cooper RS, Alvarez V. Ambulatory blood pressure monitoring in normotensive children. J Hypertens 1994;12:1417-23.

УДК 615.322:616.831-08

ВЛИЯНИЕ РАСТИТЕЛЬНОГО НООТРОПНОГО СРЕДСТВА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА БГУ

Бухаев Ж. А., Мяханов В. В.

*Бурятский государственный университет
Кафедра анатомии и физиологии человека*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Цыремпилов С. В.

Актуальность. Высокий уровень здоровья нации является основополагающей целью существования развитого и ответственного государства, и главной мерой его эффективности (11, 14). В настоящее время Президентом и Правительством инициированы и проводятся в жизнь Приоритетные Национальные Проекты, направленные на улучшение жизни и здоровья россиян и акцент в них, придается мероприятиям, направленным на улучшение отечественной системы здравоохранения (10). Неотъемлемым условием высокого уровня здравоохранения является подготовка высококвалифицированных врачебных кадров. Для этого необходимо повысить эффективность обучения студентов медицинских ВУЗов. Проведя анализ литературы, освещающей проблему повышения эффективности обучения студентов, мы пришли к выводу,

что предлагаемые пути решения указанной проблемы в основном направлены по пути оптимизации методологии обучения и только в небольшой степени учитывают состояние здоровья студентов (4, 6). Между тем, состояние здоровья студентов, и в частности состояние центральной нервной системы, определяет необходимые качества для выполнения требований учебного процесса. Какие качества необходимы для отличной учебы? Это прекрасная память, способность к длительной концентрации внимания, хорошая физическая и психическая выносливость, эмоциональная стабильность, выраженная мотивация к получению образования и т.п. (7). В совокупности наличие этих качеств придает человеку эпитет «умный». Безусловно (яблоко от яблони недалеко падает) во многом возможность назвать человека умным, определена генетическим потенциалом здоровья, что подтверждается многочисленными исследованиями в т.ч. проведенными на медицинском факультете БГУ (7, 12). Но также аксиоматично то, что хорошее здоровье приобретается. Подтверждением этому служат так называемые «близнецовые» исследования, когда один близнец воспитывается в обеспеченной аристократической среде обитания, с соответствующим питанием, медицинским обслуживанием и т.п., а другой в маргинальной среде необразованных люмпенов. В результате этого в первом случае вырастал умный человек достойный член общества, во втором маргинальная личность с соответствующим жизненным прогнозом. Таким образом, состояние здоровья студентов в особенности нервной системы необходимо улучшать, тем более в наших условиях тотального дефицита йода, селена и др. микроэлементов напрямую обеспечивающих наличие совокупности необходимых качеств (ум) необходимой для успешной учебы. Как же мы будем, с помощью, каких средств и методов улучшать состояние здоровья студентов? Какие требования предъявляются к этим средствам и методам? Требования к мероприятиям по диагностике и улучшению состояния здоровья студентов определяются, тем, что это практически здоровые люди, следовательно, они должны отвечать следующим критериям. Прежде всего, безопасность применяемых средств, методов и их достаточная эффективность (13). Этим требованиям в полной мере отвечают средства и методы традиционной восточной медицины (ТВМ) (9). ТВМ имеет собственную оригинальную теорию функционирования организма, рассматривающую человека как сложную функциональную систему, любой дисбаланс которой уже является патологией. Согласно этой теории, в ТВМ имеются методы диагностики, призванные обнаружить патологию в раннем функциональном периоде (дисбаланс функций), и находящие применение в современной практике (иридодиагностика, пульсодиагностика и др.). В ТВМ существует должная нозологическая классификация болезней, предусматривающая не органную, а системную патологию, не морфологический или констатирующий диагноз, а диагноз прогнозирующий. Применяются соответствующие концептуальные методы и средства восстановления здоровья, лечения и профилактики болезней. Лекарственные средства ТВМ преимущественно нетоксичны, что позволяет назначать их на достаточно продолжительный период, исключая развитие ятрогений. К тому же средства ТВМ, обладая поливалентностью фармакотерапевтического действия (антиоксидантное, иммуномодулирующее, ноотропное и др.) оказывают выраженный лечебно-профилактический эффект системно на весь организм (15).

Исходя из вышеизложенного, мы можем с достаточным основанием предположить, что арсенал ТВМ может явиться наиболее оптимальным выбором пути к повышению уровня здоровья студентов, соответственно более успешной их учебе, и в дальнейшем их успешной врачебной работе на благо всего Человечества.

Цели и задачи. Целью нашего исследования явилось повышение эффективности обучения студентов медицинского факультета БГУ, путем улучшения состояния их здоровья, с помощью комплексного растительного средства из арсенала традиционной восточной медицины, условно названного «Ноофит».

Для достижения указанной цели необходимо были решены следующие Задачи:

- Определить показатели, характеризующие функциональное состояние нервной системы у студентов 1 курса МФ БГУ (показатели психоэмоционального состояния, состояния вегетативной нервной системы, показатели когнитивных функций, показатели астенизации) до и после приема комплексного растительного средства «Ноофит», а также у студентов не принимавших «Ноофит».

- Определить успеваемость студентов после приема «Нейрофита», у студентов не принимавших «Ноофит», а также в отдаленном периоде через 9 мес. после приема «Нейрофита».

- Установить корреляцию между приемом «Ноофита» и успеваемостью студентов.

Материалы, методы исследования. Планируемые лечебно-профилактические мероприятия проведены после получения добровольного, информированного, письменного согласия студента на участие в клинических исследованиях. Исследования проведены с соблюдением этических, правовых и научных принципов, сформулированных в положениях Хельсинкской декларации, GCP, Конституции РФ, федеральных законов «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», «О лекарственных средствах».

Клиническое изучение фармакотерапевтического действия средства «Ноофит» проведено на 28 студентах 1 курса медицинского факультета БГУ (опытная группа) в 2007 -2008 г. на базе медицинской факультета БГУ и отдела биологически активных веществ (ОБАВ) ИОЭБ СО РАН. Контрольная группа 32 студента 1 курса МФ. Студенты 1 курса были выбраны в качестве объекта исследования, вследствие того, что на 1 курсе происходит период адаптации к условиям обучения в ВУЗе, что может неблагоприятным образом сказываться на показателях здоровья студентов и соответственно снижать качество обучения в ВУЗе.

Исследуемое средство «Ноофит» представляет собой растительный сбор, корней шлемника байкальского, левзеи сафлоровидной, валерианы обыкновенной, травы мяты перечной, спорыша, тысячелистника обыкновенного, листьев крапивы двудомной.

Комплексные экспериментальные химико-технологические и фармакологические исследования данного средства были проведены в ОБАВ ИОЭБ СО РАН и показали наличие широкого спектра фармакологических свойств (адаптогенного, иммуномодулирующего, противовоспалительного и др.), где наиболее проявленным свойством «Ноофита» явилась его выраженная нейрозащитная фармакотерапевтическая активность, включающая ноотропное, противосудорожное и антистрессорное действия. Разнообразие и выраженность фармакологических свойств «Ноофита» обусловлено наличием в нем комплекса БАВ, среди которых ведущее место занимает комплекс фенольных антиоксидантов (галлотанинов, флавоноидов и др.). Средство готовилось в виде отвара, применялось в дозе 2 гр. 1 раз в сутки, прием осуществлялся после учебы на протяжении 21 дня (в апреле 2007 г.), согласно требованиям государственной фармакопеи.

Исследование функционального состояния нервной системы проведено с помощью письменного анкетного тестирования, рекомендованного Ангарским НИИ медицины труда к применению при периодических медицинских осмотрах трудящихся (5, 8). Проводилось перед приемом средства, непосредственно после курса лечения, через 8 мес. после приема.

Функциональное состояние нервной системы оценивалось по состоянию эмоциональной сферы, состоянию вегетативной нервной системы, состоянию когнитивных функций нервной системы, состоянию общей психической активности.

Состояние эмоциональной сферы оценивалось по наличию тревожно-депрессивных расстройств у студентов (ТДР). Для этого использовались диагностические критерии американской ассоциации психиатров (16).

Состояние вегетативной нервной системы оценивалось по наличию сосудисто-вегетативных дистоний (СВД). Для скрининга СВД использована анкета, предложенная А.М. Вейном с соавт. (3).

Для определения состояния когнитивных функций (КФ) оценивалось внимание (степень концентрации и устойчивость), умственная работоспособность. Для этого использовалась цифровая проба в модификации В.Н. Алатуни (2).

Состояние общей психической активности (ПА) определялось с путем оценки степени астенизации студентов с помощью стандартизированной шкалы определения уровня астенизованности организма (1), предложенной Институтом профессиональных заболеваний (г. Ангарск), как критерия функционального состояния организма.

Качество подготовки студентов оценивалось по данным успеваемости за летнюю сессию 2007 г. и за зимнюю сессию 2008 г.

Результаты исследований статистически обработаны общепринятыми методами для малой выборки с определением средней величины (М) и ошибки (m). Достоверность результатов исследований (Р) оценивалась с помощью параметрического t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования. Исходные показатели функционального состояния нервной системы были таковы. В контрольной группе существенно ниже (в 2 раза) был показатель наличия тревожно-депрессивных расстройств, меньше на 9% показатель наличия вегетативных расстройств, выше на 22% показатель когнитивных функций и не отличался показатель психической активности табл. 1.

Таблица 1

Исходные показатели функционального состояния нервной системы

Показатели функционального состояния нервной системы							
Контроль, %				Опыт			
ТДР	СВД	КФ	ПА	ТДР	СВД	КФ	ПА
40	55	76	10	87	64	54	11

Непосредственно после приема «Ноофита» показатели функционального состояния нервной системы претерпели существенные позитивные изменения. В 2 раза уменьшился показатель наличия тревожно-депрессивных расстройств, причем в одном случае исчезла так называемая большая депрессия. Уменьшился на 19% показатель наличия вегетативных расстройств. На 21% улучшились когнитивные функции у студентов. Показатель психической активности достоверно не изменился таблица 2.

Таблица 2

Показатели функционального состояния нервной системы в опытной группе до и после приема «Ноофита»

Показатели функционального состояния нервной системы							
До приема				После приема			
ТДР	СВД	КФ	ПА	ТДР	СВД	КФ	ПА
87	64	54	11	43	45	33	12

В контрольной группе студентов показатели успеваемости по сравнению с контрольной не отличаются. Средний балл за летнюю сессию 2007 г. в опытной группе студентов 3,6 балла, в контрольной группе 3,6.

Через 8 месяцев по итогам зимней сессии 2008 г. в контрольной группе не изменился показатель обучения студентов, средний балл 3,6. В опытной группе средний балл составил 3,6 балла. Вместе с тем позитивная динамика в опытной группе отмечается в увеличении числа студентов улучшивших свою учебу. В контрольной группе 18,5% студентов улучшили успеваемость, в опытной группе 58% студентов улучшили успеваемость, что на 40% больше. Показатели функционального состояния нервной системы, в отдаленном периоде существенной разницы не имели.

Выводы:

- Комплексное растительное средство «Ноофит», существенно улучшает функциональные показатели нервной системы у студентов 1 курса медицинского факультета БГУ.
- В группе студентов принимавших «Ноофит», в отдаленном периоде, существенно выросло число студентов улучшивших свою успеваемость, по сравнению с контрольной группой студентов.
- Прием комплексного растительного средства «Ноофит» это один из путей к повышению качества подготовки студентов на младших курсах медицинского факультета БГУ
- Необходимо внедрить положительный опыт применения растительного ноотропного средства в практику педагогической деятельности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вансовская Л.И. Практикум по экспериментальной и прикладной психологии: Учебное пособие/Л.И. Вансовская, В.К. Гайда, В.К. Гербачевский и др. под ред. А.А. Крылова. – Л.: Изд. ЛГУ, 1990. – 272 с.
2. Вассерман Л.И. Методы нейропсихологической диагностики: Практическое руководство / Л.И. Вассерман, С.А. Дорофеев, Я.А. Меерсон. – СПб.: Стройлеспечат, 1997. – 304 с.
3. Вейн А.М. Вегетативные расстройства: Клиника, диагностика, лечение/А.М. Вейн, Т.Г. Вознесенская, О.В. Воробьева и др. под ред. А.М. Вейна. – М.: Медицинское информационное агентство, 2000. – 752 с.
4. Горшунова Н.К. Педагогические технологии освоения практических навыков в курсе общей врачебной практики/Горшунова Н.К., Киндрас М.Н., и др.//Методическое руководство, http://www.kgmu.kursknet.ru/kafedra/obch_vraz_prakt/k13_7.htm
5. Дьякович М.П. Гигиенические и социально-психологические основы оценки качества трудового потенциала промышленных предприятий: Автореф. дис.... докт. биол. наук / М.П. Дьякович. – Иркутск, 2004. – 40 с.

6. Лобанова Е.Е. Современные технологии преподавания медицинской статистики при непрерывном профессиональном образовании/Лобанова Е.Е.// Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата мед. наук, Москва, 2007 г., 28 с.
7. Мачульский Е.А. Показатели состояния здоровья, влияющие на успеваемость студентов/Мачульский Е.А., Очиров М.О., Мандагаева Н.Р. и др.// Материалы пятой научно-практической конференции «Научный и инновационный потенциал байкальского региона глазами молодежи, Улан-Удэ, 19 апреля 2006 г., Изд-во БГУ, 2007 г., с. 115-117.
8. Методы диагностики при периодических осмотрах трудящихся (токсические поражения нервной системы) /Методические рекомендации, Ангартск, 2005., 50 стр.
9. Николаев С.М. Тибетская традиция врачевания и перспективы ее использования в современных условиях / С.М. Николаев, Д.Б. Дашиев, Т.А. Асеева и др.// Вестник Бурятского государственного университета. – 2006. – Вып. 6., Серия 11 – С. 11 – 24.
10. Приказ о реализации постановления правительства РФ от 31.12.2005 г. № 876 «О Порядке финансового обеспечения в 2006 году расходов на оплату услуг по дополнительной диспансеризации работающих граждан и оказанной им первичной медико-санитарной помощи за счет средств, перечисленных из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования Фонду социального страхования РФ» / Российская газета. – 2006. - № 120 – С. 20 – 21.
11. Примаков Е. М. Нам нужны стабильность и безопасность / Е.М. Примаков // Российская газета. – 2006. - № 8 – С. 10.
12. Пурэвдорж И. Особенности дерматоглифических показателей у людей с высоким уровнем интеллекта/Пурэвдорж И., Даваадорж А., ЭрхэмбулганП./Сибирский медицинский журнал, 2002 г., №5, с. 29-33.
13. Разумов А.Н. Здоровье здорового человека / А.Н. Разумов, В.А. Пономаренко, В.А. Пискунов - М.: Медицина, 1996. – 413 с.
14. Сидоренко Г.И. Эколого-гигиенические проблемы исследования иммунного статуса организма и популяции / Г.И. Сидоренко, М.П. Захарченко, В.Г. Морозов и др. – М.: Промедэк, 1992. – 103 с.
15. Цыремпилов С.В. Экспериментальная азатиоприновая иммуносупрессия и ее коррекция средствами растительного происхождения / С.В. Цыремпилов, В.Б. Хобракова, И.Г. Николаева // Сб. докл. Сибирского конкурса молодых ученых «Терапия и фундаментальные науки – перспективы сотрудничества в новом тысячелетии». – Новосибирск, 2001. – С. 179 - 184.
16. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3 ed.) (DSM-III). Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1980

УДК 612.015: 616.314-002

ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО ФОНА И МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА ПРИ МНОЖЕСТВЕННОМ КАРИЕСЕ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Быкова А. С., Полянская Я. Д.

*Читинская государственная медицинская академия
Кафедра биохимии, терапевтической стоматологии*

Научные руководители: ст. преп. Сошнянина М. П., Мищенко М. Н.

Для объяснения этиологии и патогенеза кариеса зубов предложено около 400 теорий, самые известные из которых способствовали накоплению сведений, позволяющих высказать определенное завершённое суждение по этой проблеме [3]. Тем не менее, и в настоящее время далеко не все вопросы, касающиеся патогенетических механизмов развития кариеса и применения патогенетически обоснованных методов его профилактики, являются решёнными.

Состояние и функционирование многих систем в организме определяется гормональным статусом. В основной механизм регуляции обмена кальция и фосфора – элементов, составляющих неорганический компонент твердых тканей зуба, включены три гормона: паратгормон, кальцитонин и кальцитриол. Тиреоидные гормоны, наряду с другими многочисленными биологическими функциями, тоже стимулируют как костеобразование, так и резорбцию костной ткани. Например, установлено, что Т3 влияет на выработку кальций-регулирующих гормонов и этапы активации витамина Д3 [1,2]. Между тем сведения о комплексном изучении гормонального статуса и биохимических показателей при множественном кариесе в литературе отсутствуют.

Целью настоящей работы явилось изучение гормонального фона и показателей минерального обмена у лиц молодого возраста с множественным кариесом.

Нами проведено клинико-биохимическое обследование 16 студентов-юношей 2-го курса медицинской академии без соматической патологии. Из них были сформированы две группы: в первую группу (контроль) вошло 8 юношей с индексом КПУ 0-1 (0,63±0,21), во вторую – 8 человек с индексом КПУ от 6 до 11 (7,5±1,4) и показателем РМА равным 0. С помощью анкетирования выясняли вредные привычки, характер питания, используемые зубные пасты, а также социальный статус родителей. Группы были сопоставимы по паритету.

Качество ухода за полостью рта определяли при помощи гигиенического индекса по методике Федорова-Володкиной. Количественное определение гормонов (паратгормона, кальцитонина, Т3, Т4 свободного, Т4 общего) в сыворотке крови осуществляли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием стандартных наборов реагентов: «I-PTH ELISE» фирмы Diagnostic Systems Laboratories, Inc., США; «Calcitonin ELISE» фирмы BIOMERICA, США; «ТиреоидИФА-трийодтиронин», «ТиреоидИФА-тироксин», «ТиреоидИФА-свободный Т4», фирмы «Алкор-Био», Россия. Измерение проводили на микропланшетном ридере Multiscan (DigiScan) Австрия при длине волны 450 нм. Уровень общего кальция, неорганического фосфора и активность щелочной фосфатазы определяли в крови с помощью коммерческих наборов фирмы «HUMAN», Германия. Статистическая обработка результатов проведена методом вариационной статистики с определением различий по критерию Стьюдента, корреляционные зависимости устанавливались по коэффициенту Пирсона.

На основании полученных результатов установлено, что уровень гигиены полости рта в обеих группах был практически одинаковым - хорошим.

Сравнительный анализ тиреоидных гормонов, показал, что во второй группе значения Т3 были на 19,2% (p<0.05) выше, но при этом уровень Т4-свободного - незначительно ниже чем в контроле. Кроме, того в группе лиц со множественным кариесом статистически значимо была выше концентрация паратгормона, составляющая 126,7% (p<0.05) от контроля. Органами-мишенями для данного гормона являются почки и костная ткань, в последней специфические рецепторы для него локализованы на остеобластах и остеокластах. При действии паратгормона остеобласты начинают усиленно секретировать инсулиноподобный фактор роста 1 и цитокины, которые в свою очередь стимулируют метаболическую активность остеокластов. В частности ускоряется образование ферментов, таких как щелочная фосфатаза и коллагеназа, воздействующих на компоненты костного матрикса и вызывающих его распад. В результате чего происходит мобилизация Ca²⁺ и фосфатов из костной ткани во внеклеточную жидкость. Однако у второй группы студентов активность щелочной фосфатазы и уровень кальция в крови были незначительно ниже, по сравнению с контролем. Тем не менее корреляционный анализ выявил в группе с множественным кариесом наличие прямой связи средней силы между индексом

КПУ и значениями паратгормона ($r=0,56$; $p<0.05$), а так же наличие сильной обратной связи между КПУ и трийодтиронином ($r=-0,89$; $p<0.01$). Для объяснения полученных результатов, без сомнения требуется продолжить исследования в данном направлении.

Тем не менее, в результате проведенной работы сделан вывод о том, что в молодом возрасте уровень гигиены не является основным кариесогенным фактором. С другой стороны, одним из многочисленных этиопатогенетических механизмов развития множественного кариеса в юном возрасте могут стать нарушения функциональной активности щитовидной и паращитовидной желез и связанные с этим биохимические сдвиги, проявляющиеся на системном уровне и создающие благоприятные местные условия для его возникновения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акхубекова Н.К., Марова Е.И. и др. Показатели кальций-фосфорного обмена и костного метаболизма у больных с диффузным токсическим зобом // Проблемы эндокринологии. – 1997. - №5. – С. 12 – 16.
2. Ром-Богуславская Е.С., Гонкалова И.В. Влияние тиреоидных гормонов на секрецию кальцитонина // Проблемы эндокринологии. – 1988. - № 4. – С. 9 – 13.
3. Хышиктуев Б.С., Хышиктуева Н.А. Биохимия полости рта: Учебное пособие. – Чита: ИИЦ ЧГМА, 2004. – 84 с.

УДК 61: 159.9:371.71

ВЗАИМОЗАВИСИМОСТЬ МОТИВАЦИИ ОТ УСПЕВАЕМОСТИ СТУДЕНТА

Ваземиллер О. А., Попова Е. Н.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра психологии и педагогики с курсом медицинской психологии, психотерапии и педагогики ПО*

Научный руководитель: асс. Хмелевский В. Н.

Актуальность. Слово «мотивация» используется в современной психологии в двояком смысле: как обозначающее систему факторов, детерминирующих поведение (сюда входят, в частности, потребности, мотивы, цели, намерения, стремления и многое другое), и как характеристика процесса, который стимулирует и поддерживает поведенческую активность на определенном уровне. Мотивацию можно определить как совокупность причин психологического характера, объясняющих поведение человека, его начало, направленность и активность.

Выделяют два важных типа мотивации – мотивация успеха и мотивация боязни неудачи. Толчком к деятельности, к учебе могут в равной степени стать и желание достичь успеха, и страх перед неудачей.

Поэтому актуальным является определение типа мотивации и ее взаимосвязь с успеваемостью среди студентов КрасГМУ.

Цель исследования. Определить тип мотивации у студентов КрасГМУ и влияние мотивации на их успеваемость.

Материалы и методы. Для исследования мы использовали тест - опросник МУН, который состоял из 20 вопросов, при ответе на которые необходимо выбрать один из ответов: «да» или «нет». За каждое совпадение ответа с ключом испытуемому дается 1 балл. Подсчитывается общее количество набранных баллов. Если количество набранных баллов в пределах от 1 до 7, то диагностируется мотивация боязни неудачи. Если количество набранных баллов от 14 до 20, то диагностируется мотивация успеха. Если количество набранных баллов в пределах от 8 до 13, то следует считать, что мотивационный полюс ярко не выражен. При этом следует иметь в виду, что при количестве баллов от 8 до 9 испытуемый скорее тяготеет к мотивации боязни неудачи, тогда как при количестве баллов от 12 до 13 – мотивация успеха.

Полученные результаты. В ходе работы мы протестировали первый и второй курсы ФФМО Педиатрии Красноярского Государственного Медицинского Университета.

На 1 курсе мы протестировали 33 человека. Из них: 22 человека или 67 % имеют мотивацию успеха; 8 человек или 24 % - склонны к мотивации успеха; 1 человек или 3 % - склонны к мотивации боязни неудачи; 2 человека или 6 % - немотивированны (См. Рис. 1).

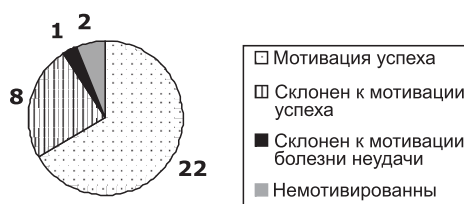


Рис. 1. – Типы мотиваций студентов 1 курса ФФМО Педиатрии

Среди студентов, протестированных на 1 курсе, получены следующие данные в период зимней сессии 2008-2009 учебного года (См. Рис. 2).



Рис. 2. – Успеваемость студентов 1 курса ФФМО Педиатрии в период зимней сессии 2008 – 2009 учебного года

На 2 курсе мы протестировали 40 человек. Из них: 1 человек или 2 % имеют мотивацию боязни неудачи; 4 человека или 8 % - немотивированны; 8 человек или 20% - склонны к мотивации успеха; 27 человек или 70 % - мотивация успеха (См. Рис. 3).

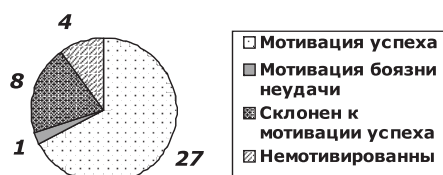


Рис. 3. – Типы мотиваций студентов 2 курса ФФМО Педиатрия

Среди студентов, протестированных на 2 курсе, получены следующие данные в период зимней сессии 2008-2009 года (См. Рис. 4).

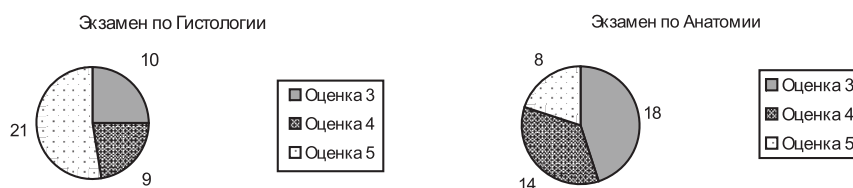


Рис. 4. – Успеваемость студентов 2 курса ФФМО Педиатрия в период зимней сессии 2008-2009 учебного года

По полученным данным нами была составлена обобщающая таблица (См. Табл. 1).

Таблица 1

Взаимосвязь мотивации с успеваемостью студента

Курс	Предмет	Оценка	Тип мотивации				
			Мотивация успеха	Мотивация боязни неудачи	Склонны к мотивации успеха	Склонны к мотивации боязни неудачи	Немотивированны
1 курс	Неорг. химия	2	1	—	—	—	1
		3	8	—	4	—	1
		4	11	—	3	1	—
		5	3	—	1	—	—
2 курс	Анатомия	3	12	—	3	—	3
		4	11	—	3	—	—
		5	6	—	—	2	—
	Гистология	3	13	—	4	—	2
		4	6	—	3	—	1
		5	8	—	1	—	—

Выводы. По результатам исследования мы определили, какие типы мотивации являются толчком к учебной деятельности у студентов КрасГМУ.

Из обобщающей таблицы видно, что студентам не характерна «мотивация боязни неудачи», следовательно на их положительную учебную деятельность не будет оказывать влияние страх перед неудачей.

Большинство протестированных студентов имеют «мотивацию успеха» или же «склонны к мотивации успеха», и все они имеют положительные оценки за экзамены. Таким образом, стимулом к их учебной деятельности является желание достичь успеха.

Но есть и такие студенты, которые получили высший балл за экзамен имея склонность к мотивации боязни неудачи. Это доказывает то, что толчком к учебной деятельности является не только желание достичь успеха, но и страх перед неудачей.

То, что студенты обучаются в ВУЗе – это уже является успехом, этим и можно обосновать тот факт, что большинство студентов имеют «мотивацию успеха». Люди имеющие данный тип мотивации активны, инициативны и настойчивы. А в таком ВУЗе как КрасГМУ не могут учиться не успешные люди.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Реан А.А., Бордовская Н.В., Разум С.И. «Психология и педагогика», М., «Питер», 2000 г.
2. Акимов М.К., Гуревич К.М. «Психологическая диагностика» 3-е издание, М., «Питер», 2005 г.
3. Столяренко Л.Д., Самыгин С.И., Багадирова С.К. «Психология», М., «Март», 2005 г.
4. Гримак Л.П. «Резервы человеческой психики», М., «Издательство политической литературы», 1987 г.
5. Истратова О.Н., Эксакусто Т.В. «Психодиагностика. Коллекция лучших тестов», Ростов-на-Дону, «Феникс», 2005 г.
6. Немов Р.С. «Психология. В трех книгах. Книга 1. 2-е издание. Общие основы психологии», М., «Просвещение», 1995 г.

ЗНАЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДЕТЕЙ ИЗ НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ СЕМЕЙ

Ваземиллер О. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра сестринского дела*

Научные руководители: к.м.н., асс. Гришкевич Н. Ю., асс. Бахшиева С. А.

Актуальность: проблема положения подрастающего поколения в России относится к наиболее актуальным вопросам, так как возраст и социальная уязвимость детей обуславливают зависимое от взрослых состояние. Под влиянием социально-экономических процессов, происходивших в течение 90-х, начале 2000-х годов, положение детей в нашей стране претерпело значительные изменения и стало проблемой государственного масштаба.

В вопросах охраны здоровья подрастающего поколения одной из важнейших задач является обеспечение условий для нормального развития ребенка. Медицинскими аспектами этой задачи являются профилактика и лечение хронических заболеваний. Поэтому особенно актуальным является изучение значения медицинской реабилитации несовершеннолетних детей из неблагополучных семей, где профилактические и лечебные мероприятия, проводимые участковой педиатрической службой, не находят откликов в семье. Нередко родители вообще отказываются от посещения педиатра. Дети, длительное время не бывавшие на приеме у врача и, как правило, не посещавшие ранее детские дошкольные учреждения, полностью лишены какого-либо медицинского наблюдения.

Цель исследования: изучить состояние здоровья детей из неблагополучных семей и выделить факторы, оказывающие на него неблагоприятное воздействие.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе муниципального учреждения Социально – реабилитационный центр для несовершеннолетних «Росток» расположено по адресу: г. Красноярск, ул. П.Железняк, д. 4а. В группу наблюдения вошли 30 человек в возрасте от 3 до 10 лет. На каждого наблюдаемого ребенка была заведена специально разработанная нами индивидуальная анкета, в которой отражены основные анамнестические данные, характеризующие возраст, особенности состояния здоровья родителей, течение беременности и первого года жизни ребенка, наличие соматических заболеваний в настоящее время.

Для оценки физического развития (по центильным таблицам И.М. Воронцова 1982), использовался антропометрический метод (определение роста, веса).

Полученные результаты: если ранжировать причины поступления детей в центр, то складывается следующая картина: 1-е место - неспособность родителей справиться со своими обязанностями; 2-е место - уклонение родителей от воспитания; 3-место - пребывание родителей в местах заключения.

Анализ медицинской документации детей, помещенных в Центр, свидетельствует, что они представляют весьма скудные сведения о состоянии их здоровья.

Объективно оценить состояние здоровья детей, находящихся в центре, достаточно сложно. Это связано с отсутствием медицинской документации, ограниченностью возможностей для углубленного медицинского обследования. Зачастую дети поступают в приют без необходимых документов.

Еще до рождения большинство детей, поступающих в приют, подверглись воздействию факторов, неблагоприятно сказавшихся на их здоровье. На основании анализа ф.112, при беседе с родителями, удалось выделить ряд факторов, встречающихся чаще всего. Эти параметры представлены на рис.1

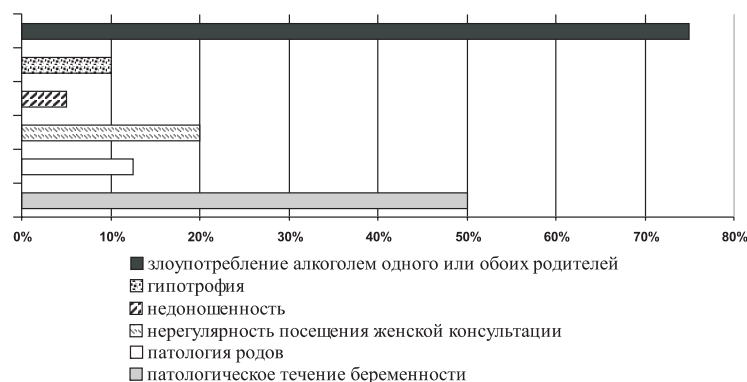


Рис. 1. – Распределение неблагоприятных факторов, воздействующих на плод

Обнаружено, что преобладающим из неблагоприятных факторов является злоупотребление алкоголем одним или обоими родителями (в более 70% случаев), на втором месте – патологическое течение беременности, на третьем – нерегулярное посещение матерью женской консультации.

Кроме того, мы проанализировали неблагоприятные факторы, влияющие на состояние ребенка после рождения (табл.1) и (рис.2)

Таблица 1

Характер и частота неблагоприятных факторов, воздействующих на ребенка после рождения

Неблагоприятные факторы	
Плохие жилищные условия	57%
Непродолжительность грудного вскармливания	75%
Выраженные отставания в массе на первом году жизни	27,3%
Частые ОРВИ на первом году жизни	10%
Редкое посещение поликлиники (не были больше года)	13%

Из представленной таблицы видно, что ведущие места занимают непродолжительность грудного вскармливания (75%) и плохие жилищные условия (57%)



Рис. 2. – Распределение неблагоприятных факторов, воздействующих на ребенка после рождения

Принимая во внимание тот факт, что устойчивость растущего организма к воздействию неблагоприятных факторов внешней среды во многом определяется уровнем физического, интеллектуального развития и функционального состояния организма ребёнка в разные возрастные периоды, мы определили уровень физического развития у обследуемых нами детей (табл.2)

Таблица 2

Оценка физического развития детей

Число детей	абс.	%
Среднее	16	53,3
Выше среднего	3	4,1
Ниже среднего	11	42,7

Оказалось, что средний уровень физического развития имеют 53,3% детей, ниже среднего 42,7%, выше среднего 4,1%

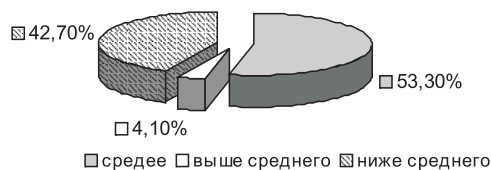


Рис. 3. – Распределение показателей физического развития

Выводы:

Таким образом, в ходе нашего исследования установлено, что отклонения в состоянии физического и психического здоровья отмечаются у большей части воспитанников Центра, что является следствием социальной запущенности детей. Нередко на состояние здоровья детей неблагоприятно сказываются нарушения внутриутробного развития, обусловленные злоупотреблением матери алкоголем, неправильным режимом питания, нездоровым образом жизни.

Исходя из выше изложенного, можно утверждать, что дети из неблагополучных семей нуждаются в медицинской реабилитации, которая призвана обеспечить:

- межличностные отношения;
- провести первичную адаптацию ребенка к жизни в социально здоровой среде
- повысить сопротивляемости организма (витаминизация, адаптогены, фитотерапия, минеральная вода, кислородный коктейль, оздоровительный массаж, ингаляция, физиопроцедуры, санация полости рта);
- освоить модель здорового образа жизни;
- профилактику вредных привычек;
- улучшение физического и психического здоровья детей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Буркашов, А. В. Оценка физического состояния детей дошкольного возраста / А. В. Буркашов, Т. К. Мустафина, Л. П. Кудашова // Эколого-физиологические проблемы адаптации: Матер. 7 междунар. симп. - М., 1998. - С. 62-63.
2. Джубатова, Р. С. Физическое развитие детей как критерий риска трансформации патологического процесса из острого в хронический / Р. С. Джубатова, З. С. Умарова, Э. Л. Алимов // Российский педиатрический журнал. - 2001. - №4. - С. 37-39.
3. Матузов Н. И. Правовая система и личность. - Саратов: РЕАЛ, 2002.
4. Медико-социальная помощь и реабилитация детей, посещающих группы «Особый ребенок» // Методические рекомендации для работников дошкольных учреждений. СПб., 1995
5. Н.Г. Веселов, И.Т. Леонов. Социально - гигиенические и организационные проблемы педиатрии., Л. 1989.
6. Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних: Федеральный закон от 11.06. 99. 120 - ФЗ // СЗ РФ. 1999. 37.

ББК 87:88.32(2Р)

ПРАВОСОЗНАНИЕ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

Ваземиллер О. А., Попова Е. Н.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра философии, этики, эстетики и медицинской деонтологии с курсом политической социологии*

Научный руководитель: преп. Штарк Е. В.

Актуальность: Правовая система функционирует и развивается в условиях, так называемого переходного периода от тоталитаризма к демократии, а это, в свою очередь, способствовало становлению всего законодательства. Происходит слом традиционного подхода к изучению правового сознания. Данная проблема рассматривается не только в рамках правовых дисциплин, но все больше привлекает внимание философов, историков, педагогов, социологов. Теперь, когда права и свободы человека и гражданина провозглашаются высшей ценностью, актуальным становится повышение уровня правового сознания и правовой культуры населения, закрепление в обществе правовых норм, установок, идей гражданственности и нравственных идеалов, преодоление нравственных стереотипов, сложившихся в сознании людей, нейтрализации антиправовых и антисоциальных устремлений, изменение политико-правового мышления, то есть формирование социально развитой личности.

Цель исследования: Рассмотрение правового сознания россиян, выявление важнейших тенденций в его установлении, функционировании и развитии. А также изучить уровень правосознания среди студентов 2 курса ФФМО Педиатрии Красноярского Медицинского Университета им. Проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого.

Полученные результаты: Вопрос о соотношении права и закона, права и нравственности, правды и справедливости был и остается идейным стержнем всех философско - правовых исканий отечественных мыслителей. Составители сборника трудов по русской философии права отмечают, что уже автор «Слова о законе и благодати» митрополит Киевский Илларион (XI в.), предвосхищая будущие искания нашей философии права, учил, что началом нашего самосознания (а значит и основой права должен быть не формализм закона, а благо бытия, исходящее от Бога – Благодать).

Само изучение и преподавание философии права начинается только в XVIII веке. Среди предметов, которые преподавались в русском государственном Университете при Академии наук, был и курс «права природы», читавшийся в соответствии с постулатами западноевропейской, а более точно немецкой юриспруденции.

Перенесение постулатов западной юридической науки на почву русского правосознания означало, в какой-то степени копирование философско-правовой методологии, в первую очередь немецкой теоретической мысли. Развитие в этом направлении в дальнейшие годы сказалось на особенностях философско-правового мышления в России.

Видный политический деятель, правовед М.М. Сперанский считает, что становление правового государства (государства с политической и гражданской свободами) невозможно без правового и гражданского воспитания народа. Несмотря на то, что автор не пишет конкретно о соотношении права и закона, тем не менее, ясно угадывается отождествление рабства с позитивным правом (законом), а свободы - с правом (равенством, справедливостью).

Как можно заметить, в работах первых отечественных правоведов (XVIII – XIX вв.) четко обозначено противопоставление права и закона, причем, если право связывается с правдой, то закон с внешней силой государства, с позитивным правом.

Изменение ситуации происходит в первой половине XIX в. Это было связано с активным проникновением в Россию идей представителей немецкой классической философии. Так, юрист Куницин А.П. различает право «первоначальное» и «производное». Первое определяется природой человека, второе – общественными законами. Автор, находившийся под влиянием идей И. Канта, склонен отождествлять право и формальный закон, противопоставляя им «законы внутренней свободы» или нравственность. Следует отметить, что работа А.П. Куницина «право естественное» (1818 г.) вскоре была запрещена правительством как проповедующая «вредное учение», а сам автор был изгнан из Петербургского Университета и Александровского лицея.

Марксистское понимание права повторяет в своих работах В.И. Ленин. Он пишет: «Всякое право есть применение одинакового масштаба к различным людям, которые на деле не одинаковы, не равны друг другу; и поэтому «равное право» есть нарушение равенства и несправедливость».

Одной из центральных категорий философии является сознание. В отечественной литературе достаточно большое количество работ было посвящено данной проблеме. Авторы отмечают уникальность сознания как явления. Например, по мнению Бахтина М.М., сознание бытийно, рефлексивно и надмирно.

Современное российское правосознание обладает рядом специфических особенностей, обусловленных особенностями его генезиса. Источником права в русской среде являлись в то или иное время: обычай и традиция, нравственно-религиозные нормы, княжеские памятники права, правовая идеология тюрко-язычных народов, европейская правовая традиция.

Оторванность личности от права приводила в итоге к юридической неграмотности последней, к равнодушному отношению к происходившим в обществе политико-правовым процессам. Если же личность сталкивалась с правовым произволом и беззаконием, то она или не пыталась исправить положение или же пыталась перенести решение проблемы в не правовую плоскость. Лишь со второй половины XIX в., после судебной реформы, население России получает возможность

правового разрешения споров и конфликтов. Следует помнить, что глава государства воспринимался как «царь-батюшка», «отец», воплощение «правды» в обществе. Фактически власть становилась выше закона, была хранителем правды. Подчиниться незаконному приказу властей, конечно, было греховно, но не подчинение представлялось еще более греховным.

Все это способствовало зарождению правового нигилизма в обществе, проявляющегося в неуважении к закону.

Более того, человек не только не желал следовать правовым нормам, но и даже ознакомиться с ними. Личность находилась как бы на стыке двух систем – правовой и не правовой. Даже при внешнем следовании закону личность не осознавала себя субъектом права, скорее выполняла не понятную для себя роль. Чаше человек стремился «обойти» закон, «увернуться».

В наиболее развитых, современных правовых системах (англосаксонское, романо-германское право) приоритет отдан человеку, его свободе, интересам, потребностям. Таким образом, действительная сущность права заключается в том, что оно отражает нормативно-определенную, гарантированную государством меру свободы личности.

Правосознание представляет собой основу и органическую составную часть правовой жизни организованного в государство общества. Правосознание – явление идеальное, непосредственно не наблюдаемое. Оно представляет собой сферу или область сознания, отражающую правовую действительность в форме юридических знаний и оценочных отношений к праву и практике его реализации, социально-правовых установок и ценностных ориентиров, регулирующих поведение людей в юридически значимых ситуациях.

Продолжавшаяся на протяжении многих веков эволюция сознания жителей Российского государства привело к определенной трансформации (деформации) их правосознания. Это проявляется в единовременном распространении в обществе противоречивых и противоположных правовых взглядов, идей и теорий; в нивелировании значения государственных и правовых учреждений, самих правовых норм, в непонимании их значимости для общества и отдельной личности. Речь идет о нераспространении не правовых норм форм общественного и индивидуального сознания, сводящихся, как правило, к неуважению закона и права. Необходимо отметить, что подобная деформированность правосознания лишь одна из особенностей современного правосознания Россиян. Само правосознание является сложным, многоуровневым образованием. Это вызвано тем, что правосознание подвержено изменению (плавная эволюция, скачкообразный переход), то есть оно ритмично, разнотемпово. Правосознание немислимо вне правового времени и правового пространства. Следует обратить внимание, что правосознание подвержено как внешним, так и внутренним факторам, что и обеспечивает возможность его дальнейшей эволюции. Все это позволяет сделать вывод о том, что правосознание есть социокультурный феномен.

Мы провели анкетирование студентов 2 курса ФМО Педиатрии, с целью выявления их уровня правосознания.

По результатам тестирования мы составили графики, по которым и можно определить уровень правосознания.

При ответе на вопрос: «Знакомы ли вы с термином правосознание?», были следующие ответы (См. Рис. 1).

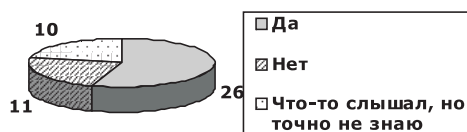


Рис. 1. – «Знакомы ли вы с термином правосознание?»

При ответе на вопрос: «Как часто вы обращаетесь в органы по защите прав граждан?», были следующие ответы (См. Рис. 2).

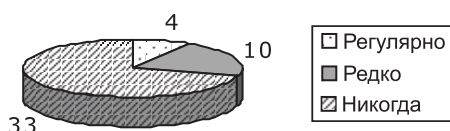


Рис. 2. – «Как часто вы обращаетесь в органы по защите прав граждан?»

При ответе на вопрос: «Как вы считаете, есть ли в России правосознание?», были следующие ответы (См. Рис. 3).

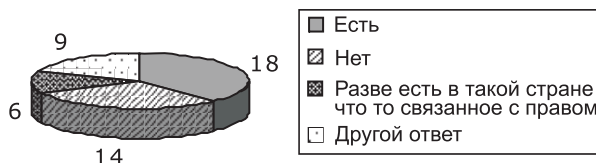


Рис. 3. – «Как вы считаете, есть ли в России правосознание?»

Вывод: По полученным данным видно, что большинство студентов знакомы с термином правосознание. Это значит, что у студентов 2 курса, которые еще не изучали такую дисциплину как право имеется представление, что значит этот термин.

Студенты стараются более редко обращаться в органы по защите прав граждан, этому свидетельствует большинство ответов «Никогда» на поставленный вопрос (который представлен выше и изображен на Рис. 2). Становится очень интересно, чем обусловлен резкий отрицательный ответ на поставленный вопрос, и мы попытались узнать это у студентов, но никто из них нам не дал объяснения.

Большинство студентов считают, что в нашей стране существует правосознание, но также не малое их количество считает, что его нет. Это обусловлено тем, что среди студентов 2 курса есть те, кто имеют среднее - специальное образование, т.е. студенты более старшего возраста, и они имеют более широкое представление о ситуации в стране.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арутюнян М., Здравомыслова О., Курильски-Ожвэнм, «Образ и опыт права. Правовая социализация в изменяющейся России», Издательство: «Весь мир», М., 2008, с. 201-207.
2. Акилов Д. «Правовое сознание на современном этапе» // Студенческая наука – в действии: сборник материалов. – Стерлитамак: Издательство СГПИ.
3. Альбов А.П., Масленников Д.В., Сальников В.П. – русская философия права – проблемы нравственности // Русская философия права. Антология. – СПб.: «Алетейя», С.-П. ун-т МВД России, 1999.
4. Куницин А.П. «О человеке и праве. Русская философия права». Антология. – СПб.: «Алетейя», С.-П. ун-т России МВД, 1999.
5. Сперанский М.М. «О свободе и рабстве. Русская философия права». Антология. – СПб.: «Алетейя», С.-П. ун-т МВД России, 1999.
6. Ленин В.И. «Государство и революция. // Полное собрание сочинений» - М.: Государственное издательство политической литературы, 1962 – Т. 33.

УДК 617.55-089: 61634-007.272

АБДОМИНАЛЬНЫЙ КОМПАРТМЕНТ СИНДРОМ ПРИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Валякис Д. А.

*Северо-Осетинская государственная медицинская академия
Кафедра общей хирургии с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии
Научный руководитель: д.м.н., проф. Хестанов А. К.*

Актуальность темы. Проблема острой кишечной непроходимости (ОКН) – одна из нерешённых и наиболее сложных в неотложной абдоминальной хирургии. Летальность составляет 7,6 – 20% при механической ОКН неопухолезового генеза и до 30 – 60% при динамической ОКН, вызванной перитонитом. Это побуждает обратить внимание на компоненты патогенеза ОКН, ранее казавшиеся малозначимыми. Одним из них является повышенное внутрибрюшное давление (ВБД), которое оказывает не только местное, но и системное действие. Основное патологическое влияние повышенного ВБД, заключающееся в нарушении кровообращения в ограниченном пространстве, ишемии находящихся в этом пространстве органов и тканей с расстройством их функций вплоть до полного угасания, получило за рубежом название Abdominal Compartment Syndrome, а в отечественной литературе - синдром брюшной полости, или синдром высокого внутрибрюшного давления. Летальность при внутрибрюшной гипертензии (ВБГ) достигает 48 – 62%.

Целью исследования: оценка влияния уровня ВБГ на частоту развития послеоперационного пареза кишечника.

Материалы и методы. Исследовано 54 пациента (100%) оперированных по поводу ОКН. Из них мужчин было 23 (42%), женщин 31 (58%). Сопутствующая патология была выявлена у 38 больных (70%), чаще всего встречалась патология сердечно-сосудистой системы 15 больных (39,5%), дыхательной системы 13 больных (34%), грыжи брюшной стенки 6 больных (16%), цирроз печени 4 больных (10,5%).

Консервативное лечение включало инфузионную терапию, спазмолитические препараты, клизма, стимуляция кишечника.

Измерение ВБГ производилось непрямым методом. В мочевого через катетер Фолея нагнетается 100 мл. физиологического раствора с последующим измерением высоты водяного столбика от уровня лона. В послеоперационном периоде оценивали перистальтику, отхождения стула и газов в первые 2 суток после операции, вздутие живота.

Уровень ВБГ оценивался по следующей шкале: I степень 12 – 13 мм. водного столба, II степень 16 – 20 мм. водного столба, III степень 21 – 25 мм. водного столба, IV степень 25 и более (J.Bailey, Shapiro. Saint Louis University, St Louis, Missouri, USA, 2000). В норме ВБГ равно нулю или имеет слегка отрицательное значение.

Полученные результаты. С I степенью ВБГ выявлено у 27 больных (50%), II степень у 21 пациента (39%), III у 6 больных (11%), с IV степенью ВБГ больных не было.

Из числа больных с степенью ВБГ послеоперационный парез кишечника диагностирован у 7 пациентов (26%). Из них у 3 пациентов при исследовании было зарегистрировано 12 мм. водного столба, у 4 больных показания колебались в пределах 13 мм. водного столба. Парез кишки характеризовался лёгким течением, ослаблением перистальтики, незначительным вздутием живота и отхождением стула на фоне консервативных мероприятий в первые сутки.

Из 21 пациента со II степенью интраабдоминальной гипертензии парез кишечника развился у 15 наблюдений. Из них у 5 больных ВБГ составило 16 мм. водного столба, у 7 больных ВБГ колебалось в пределах 18 мм. водного столба, у 3 пациентов ВБГ составляло 20 мм. водного столба. У пациентов со II степенью ВБГ послеоперационный парез характеризовался резким ослаблением перистальтики кишечника, вздутием живота и более длительным восстановлением моторики кишечника к концу 2 – 3 суток на фоне консервативного лечения. Так же наблюдалось сухость языка, симптом обезвоживания.

У 6 больных (11%) ВБД соответствовало III степени ВБГ. У них послеоперационный парез, на фоне неэффективности консервативных мероприятий, характеризовался почти полным угнетением перистальтики кишечника, резким вздутием живота, болезненности во всех его отделах, отсутствии стула. Все больные относящиеся к III степени ВБГ подверглись повторному оперативному вмешательству по ликвидации кишечной непроходимости.

Выводы: увеличение ВБГ в послеоперационном периоде приводит к развитию и прогрессированию нарушения моторики кишечника, послеоперационное введение данного контингента больных, следует учитывать уровень ВБГ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абакумов, М. М. Значение синдрома высокого внутрибрюшного давления в хирургической практике (обзор литературы) / М. М. Абакумов, А. Н. Смоляр // Хирургия. - 2003. - №12. - С.66-72.
2. Дедерер, Ю. М. Патогенез и лечение острой непроходимости кишечника /Ю. М. Дедерер. - М.: Медицина, 1971. - 272 с.
3. Динамика внутрибрюшного давления в раннем послеоперационном периоде / М. Ю. Шигаев, И. В. Ларченко, В. Н. Долишней, В. В. Кондрашов // Актуальные вопросы военной медицины и военномедицинского образования: Сб. науч. работ.- Саратов: Изд-во "Научная книга", 2002. - С.67-69.
4. Ерюхин, И. А. Кишечная непроходимость: руководство для врачей. (Серия "Практическая медицина") / И. А. Ерюхин, В. П. Петров, М. Д. Ханевич.- СПб: "Питер", 1999. - 448с.

5. Значение мониторинга двигательной активности тонкой кишки в послеоперационном периоде / А. М. Карякин, А. Е. Барсуков, М. А. Иванов, М. Р. Дорофеев // Вестник хирургии. - 1995. - №2. - С.40-42.
6. Мониторинг внутрибрюшного давления в комплексной оценке тяжести текущего перитонита / А. П. Чадаев, А. Д. Климиашвили, А. И. Хрипун и др. // Хирургия. - 1993. - №12. - С.91-92.
7. Шигаев, М. Ю. Внутрибрюшная гипертензия: определение, этиология, патогенез (обзор литературы) / М. Ю. Шигаев, В. Н. Долишний, И. В. Ларченко // Актуальные вопросы хирургии: Мат. науч.-практ. конф. Саратов: Изд-во "Научная книга", 2003. - С. 164-168.
8. Abdominal compartment syndrome / S. T. Reeves, M. L. Pinosky, T. K. Byrne, E. D. Norcross // Can. J. Anaesth. - 1997. - v.44. - p.308-312.
9. Abdominal compartment syndrome / B. H. Saggi, H. J. Sugerman, R. R. Ivatury, G. L. Bloomfield // J. Trauma. - 1998. - v.45. - p.597-609.

УДК 616.314.28:615.849.19

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИОДНОГО ЛАЗЕРА SIROLASER В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Ваневская Е. А., Шумейко К. Н., Светлакова Е. Н.

Уральская государственная медицинская академия

Кафедра пропедевтики и физиотерапии стоматологических заболеваний

Научный руководитель: к.м.н., доц. Жегалина Н. М.

Заболевания пародонта на сегодняшний день являются одним из самых распространенных в стоматологической практике, поражающие пациентов всех возрастных групп. По данным ВОЗ, в возрасте 35-44 лет уровень заболеваемости достигает 65-98%, 15 – 19 лет 55-89%. В последние годы прослеживается тенденция к увеличению распространенности заболеваний пародонта [2].

На данный момент мы имеем большой арсенал фармакологических средств, применяемых для лечения заболеваний пародонта. Эти препараты помимо лечебного эффекта оказывают негативное влияние на организм пациента, часто вызывая аллергические реакции, обострения заболеваний ЖКТ и другие проявления. В настоящее время перспективным направлением является использование немедикаментозных методов в диагностике, лечении и профилактике заболеваний пародонта. Современные ультразвуковые аппараты помогают быстро и надежно осуществлять профессиональную гигиену полости рта. Вектор-терапия позволяет при проведении профессиональной гигиены удалить грануляционную ткань в области клинических карманов, что дает возможность отложить хирургическое вмешательство некоторым пациентам или получить более качественную подготовку тканей перед лоскутными операциями. Благодаря применению в данной методике гидроксиапатита уменьшается гиперестезия твердых тканей зубов. Применение импульсного тока (динамической электронной стимуляции) обеспечивает противовоспалительный, обезболивающий эффект, значительно сократив назначение медикаментозных препаратов на этапе консервативного, хирургического этапов лечения [3,4].

В связи с развитием и внедрением новейших технологий нам удастся увеличить сроки ремиссии, сократить количество посещений пациента, но распространенность заболеваний пародонта и хронизация процесса остается на сегодняшний день не решенной проблемой и поиск новых методов лечения актуальная задача стоматологии [2,4].

Использование лазера в комплексном лечении заболеваний пародонта открывает новые перспективы. Современный лазер – это устройство, создающее сфокусированный когерентный пучок света заданной длины волны. В стоматологической практике: в хирургии, пародонтологии, эндодонтии - нашли свое применение полупроводниковые (диодные) лазеры, такие как Sirolazer компании Sirona.

Терапевтический эффект достигается при поглощении энергии лазерного пучка тканями, вызывая такие явления, как деструкция, испарение, ампутация, коагуляция, фотодинамика и биостимуляция. Начало воздействия характеризуется разогревом тканей, денатурацией белка и обезвоживанием, затем происходит обугливание и испарение и сжигание патологических тканей. Поскольку лазер оказывает биостимулирующее действие, процессы заживления протекают быстрее, чем при использовании традиционных хирургических методов [1].

Цель настоящего исследования – изучение эффективности применения диодного лазера в комплексном лечении заболеваний пародонта.

Материалы и методы исследования. На базе стоматологической клиники УГМА с сентября 2008 года нами было обследовано 27 пациентов. В анамнезе у данной группы, на основании анкетирования, выявлены заболевания ЖКТ, аллергические реакции на медикаментозные препараты. На основании стоматологического обследования был поставлен диагноз – у 12 – пациентов хронический генерализованный пародонтит легкой степени, у 15 пациентов - хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести.

У пациентов с легким течением заболевания, на период первичного обращения, были жалобы на кровоточивость десны при чистке зубов, боль и неприятные ощущения в десне, которые появлялись периодически, у пародонтолога пациенты не наблюдались, профессиональную гигиену проводили только 15% обследованных. В полости рта наблюдалось воспаление десневых сосочков, ретракция десны до 1.5 мм, нарушение зубодесневого прикрепления, клинические карманы до 3.5 мм, патологическая подвижность зубов отсутствовала. В пришеечной области и с апроксимальных поверхностей зубов определялся зубной налет. Над и поддесневой зубной камень плотной консистенции светло-коричневого цвета локализовался в пришеечной области передних зубов нижней челюсти (УИГ, в среднем, равен, 1.5 ± 0.24 балла, РМА, в среднем, равен 34.2 ± 2.12 %)

Пациенты с хроническим генерализованным пародонтитом предъявляли жалобы на кровоточивость десны при чистке зубов, некоторые отмечали кровоточивость при приеме твердой пищи. Появился эстетический недостаток в виде расстояния между зубами, Периоды обострения заболевания в осеннее-весенний период у 20% пациентов данной группы, протекали с явлениями общей интоксикации, появлением единичных абсцессов. В полости рта наблюдалась гиперемия папиллярной и маргинальной части десны, ретракция до 2 – 2.5 мм, глубина клинических карманов до 5 мм, подвижность зубов 1 степени. На апроксимальных поверхностях зубов и в пришеечной области зубной налет, над и поддесневой зубной камень плотной консистенции светло-коричневого цвета (УИГ, в среднем, равен 2.3 ± 0.38 баллов, РМА, в среднем, равен 64.8 ± 4.37 %). 70% пациентов наблюдались у пародонтолога, но профессиональную гигиену и консервативное лечение проводили не регулярно.

На первом этапе лечения всем пациентам проводили обучение гигиене полости рта с индивидуальным подбором методов и средств гигиены. Полноценную профессиональную гигиену полости рта осуществляли с помощью ультразвуковых аппаратов с последующим покрытием зубов фторсодержащими препаратами. На втором этапе после медикаментозной обработки полости рта, проводили удаление грануляционной ткани из клинических карманов, с помощью диодного лазера в режиме гингивэктомии. Проведению лазеротерапии предшествовало проведение аппликационной анестезии (по просьбе пациентов). В одно посещение обрабатывали участок в области 6-8 зубов в режиме «Обработка пародонтальных карманов», длина волны 970 нм, световод 320 мкм, мощность 2-2,5 Вт, частота 75-100 Гц в импульсном режиме в течение 10-20 секунд на маргинальную десну вокруг каждого зуба. После процедуры производили повторную медикаментозную обработку. Пациентам рекомендовали щадящую гигиену только в день проводимого лечения. Контрольный осмотр осуществляли на следующий день, через 3 дня, 1,2,3 месяца.

Результаты исследования. Во время лазеротерапии пациенты ощущали только незначительное покалывание в области воздействия, отмечали минимальное время, потраченное на лечение.

После проведения данного микрохирургического вмешательства, жалобы пациентов на боль, неприятные ощущения отсутствовали. На следующий день все пациенты в полном объеме осуществляли гигиену полости рта.

При осмотре через 1 день гиперемия и отек обработанной десны значительно уменьшился, а на третьи сутки полностью отсутствовал, также не отмечалось кровоточивости при зондировании, десна плотно прилегала к тканям зуба. Индексная оценка состояния тканей пародонта достоверно улучшилась по сравнению с исходными данными (УИГ – составил $0,8 \pm 0,21$ балла, РМА- $12,15 \pm 2,12$ % у пациентов с легкой степенью течения и $25,28 \pm 2,74$ % с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени).

Через 1, 3 месяца жалобы пациентов отсутствовали в 75% случаев, 25% предъявляли жалобы на периодически возникающее чувство распирания в области нескольких зубов. При осмотре полости рта у данных пациентов присутствовал этиологический фактор воспаления пародонта в виде ортопедических конструкций, требующих замены, нарушения краевого прилегания пломб 2 класса по Блеку. В остальных случаях десна бледно-розового цвета, плотно прилегает к тканям зубов.

У 75% больных выявлено снижение температурной чувствительности и чувствительности на механические раздражители после лазеротерапии пародонта. При повторных осмотрах чувствительности шеек зубов у данной группы больных также не отмечалось.

Динамика показателей индексной оценки воспалительных явлений в пародонте до и после лазеротерапии представлена в таблице 1.

Таблица 1

Показатели индексной оценки РМА (%) до и после лазеротерапии

Диагноз	Хронический генерализованный пародонтит легкий	Хронический генерализованный пародонтит средней степени
До лечения	$34,2 \pm 2,12$	$64,8 \pm 4,37$
После профессиональной гигиены	$26,3 \pm 1,92$	$56 \pm 4,15$
После лазеротерапии	$12,15 \pm 2,12$	$25,28 \pm 2,74$

Результаты нашего исследования позволили сделать следующие выводы.

Выводы:

1. Применение высокоинтенсивной лазеротерапии диодным лазером Sirolaser в комплексном лечении заболеваний пародонта целесообразно и эффективно, так как позволяет на этапе консервативного лечения добиться ремиссии за короткий промежуток времени, что доказывается индексной оценкой.
2. Простота, безболезненность метода, быстрое устранение видимых патологических изменений в области десны, уменьшение гиперестезии зубов привлекает пациентов.
3. Лазеротерапия - эффективный метод лечения для пациентов с аллергологическим статусом, соматическими заболеваниями, которым противопоказано радикальное хирургическое вмешательство.
4. Введение метода высокоинтенсивной лазеротерапии способствует повышению эффективности лечения заболеваний пародонта.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Григорьян А.С. Экспериментально-морфологическое исследование эффекта действия излучения диодного лазерного скальпеля с длиной волны 0,97 мкм на слизистую оболочку рта. [Текст]/ А.С. Григорьян, Л.А. Григорьянц, А.С. Каспаров// Стоматология, 2006, № 1. –С. 8-13.
2. Лукиных Л.М. Болезни пародонта. Клиника, диагностика, лечение и профилактика. Руководство [Текст]/ Л.М.Лукиных, Е.Н. Жулев, И.Н.Чупрунова.- Издательство НГМА, Нижний Новгород, 2005.- 322 с.
3. Муравьянникова Ж.Г. Основы стоматологической физиотерапии [Текст]/ Ж.Г.Муравьянникова.- Ростов-на-Дону, Феникс, 2003.- 320 с.
4. Орехова Л.Ю. Основы профессиональной гигиены полости рта: методические указания [Текст]/ Л.Ю.Орехова, Е.Д.Кучумова, Я.В.Стюф и др. – С-Петербург: Поли Медиа Пресс, 2004.– 56с.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОРОКОВ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА**Вардугина К. С., Витренко М. А.***Челябинская государственная медицинская академия**Кафедра хирургических болезней, реанимации и интенсивной терапии***Научный руководитель: к.м.н., доц. Ярыгин А. С.**

Цель и задачи исследования: изучение и анализ результатов различных видов пластической коррекции пороков клапана аорты.

Актуальность. При пороках аортального клапана операцией выбора является протезирование. Однако, по мнению Б. Е. Нарсия, А. М. Хаджир-Сад (2004) это не оптимальный вариант у детей, женщин детородного возраста и пожилых пациентов. Им лучше проводить клапаносохраняющие операции. Но результаты таких операций не всегда ожидаемы. Это связано, во-первых, с характерным состоянием тканей и широкой патоморфологической картиной, и, во-вторых, требования к точности реконструкции аортального клапана выше, чем митрального или трикуспидального, что объясняется его функциональными характеристиками. (3)

Материалы и методы. За период с 2000 по 2008г.г. в отделении кардиохирургии Челябинской областной клинической Больницы наблюдалось 625 пациентов с пороками аортального клапана, 79 из них (12,6%) подверглись операции «пластическая коррекция». Возраст больных до 20 лет- 16 человек (20,5%), 20-29 лет 4 человека (5%), 30-39 лет- 7(9%), 40-49 лет-24 пациента (30,5%), 50-59 лет-20(25,5%), 60 лет и старше- 8 пациентов(10%). Мужчин 36, женщин 43.

Ко 2 функциональному классу отнесено 13,5% исследуемых пациентов, к 3 ФК- 53%, к 4 ФК- 33,5% (по системе NYHA).

Диагноз устанавливался по клиническим данным, ЭКГ, ЭХО-кардиографии и аортографии.

Были выполнены следующие виды операций: устранение стеноза аортального клапана методом открытой комиссуротомии (n=18), открытая комиссуротомия в сочетании с плоскостой резекцией (n=12), баллонная вальвулопластика (n=13), плоскостная резекция створок (n=14), пликация створок (n=11), устранение фенестрации клапанов с применением заплат из аутоперикарда (n=5), пластика основания некоронарного синуса (n=6).

Кроме того, у данных больных было проведено протезирование митрального клапана (n=24) и пластическая коррекция митрального клапана(n=22).

Результаты.

1. Устранению стеноза аортального клапана (открытая комиссуротомия в условиях искусственного кровообращения) подверглось 18 больных в возрасте 30-62 лет. Чаще всего оказывались сращёнными правая коронарная и некоронарная створки (5, или 27,8%), все три комиссуры (4,или 22,2%), и сращение одновременно между некоронарной и левой; некоронарной и правой створками (3, или 16,6%).

По данным Эхо-КГ, в результате операции скорость кровотока на клапане снизилась в среднем на 21%, градиент давления уменьшился на 41%, раскрытие створок увеличилось на 16%. У 1 пациента возникло осложнение операции- полная поперечная блокада сердца, что потребовало установки электрокардиостимулятора.

У 5 пациентов (27,8%) в отдалённом послеоперационном периоде, в среднем через 4,5 лет, возник рестеноз клапана, проявляющийся одышкой, слабостью у 3 пациентов болями по типу стенокардитических, признаками перегрузки левого желудочка на ЭКГ, увеличением градиента давления на клапане (данные Эхо-КГ). 4 пациентам проведено протезирование клапана, 1- повторная комиссуротомия.

2. 12 пациентам выполнена открытая комиссуротомия клапана в сочетании с плоскостной резекцией створок с целью устранения стеноза и увеличения подвижности створок. По данным Эхо-КГ скорость кровотока снизилась в среднем на 22%, градиент давления на клапане- на 38%, регургитация на клапане изменилась с 3 до 1 степени- у 1 пациента (8%), с 1 до 0 степени- у 2 пациентов (17%), со 2 до 1 степени- у 9 пациентов (75%). Повторных операций у данной группы больных не было.

3. Операция «баллонная вальвулопластика аортального клапана» выполнена 13 пациентам в возрасте от 2 до 19 лет (средний их возраст 9 лет), с диагнозом стеноз двухстворчатого аортального клапана. По своей сути двухстворчатый клапан аорты- врождённый порок сердца. Он может быть стенозирован комиссуральными спайками ещё до рождения или после него. Турбулентный поток крови травмирует створки клапана, что может привести к развитию в них фиброза, кальцификации, увеличению жёсткости, развитию стеноза, или наоборот, провисанию створок и недостаточности. (Акишбая М. О., 2006) (1).

Баллонная дилатация, или вальвулопластика, носит лишь паллиативный характер, и выполняется детям и беременным женщинам. Многим больным в дальнейшем требуется повторное вмешательство всвязи с рестенозом или недостаточностью клапана. (В. В. Алексии- Месхешвили, 2004) (2)

У исследуемых пациентов произошло увеличение раскрытия створок в среднем на 18%, значительно (на 37%) снизился градиент давления. В 5 случаях (38,5%) произошло увеличение регургитации на 1 степень (38,5%), у 8 пациентов регургитация не изменилась (61,5%).

У 1 пациента во время операции произошёл перелом катетера, что потребовало экстренного его извлечения в условиях операционной отделения сосудистой хирургии.

В отдалённом периоде у 2 больных, через 6 и 10 лет после вальвулопластики возникла картина рестеноза клапана, что проявилось одышкой при физической нагрузке, болями в прекардиальной области, частыми простудами, характерной аускультативной картиной, перегрузкой левых отделов сердца на ЭКГ, градиент давления у ребёнка 10 лет = 67 мм.рт.ст., 16 лет- 92 мм.рт.ст. Им выполнено протезирование аортального клапана сердца.

4. При утолщении створок выполнялась плоскостная резекция их (n=14). Чаще всего проводили резекцию всех 3 створок- 4 случая, некоронарной и правой коронарной- 4; обеих коронарных-3 случая, правой коронарной- 2 случая и некоронарной + левой коронарной 1 случай.

У всех пациентов произошло снижение регургитации: на 2 степени у 1 пациента (7,1%), на 1 степень у 13 пациентов (92,9%). Во время проведения плоскостной резекции, у 2 пациентов произошла перфорация левой коронарной створки, которая была закрыта аутоперикардом. Повторных операций не было.

5. Операции пликация створок подверглось 11 пациентов, 7 из них выполнена пликация некоронарной створки, 3- некоронарной+ коронарной и 1 пациенту- правой коронарной.

Эхо-КГ картина: снижение регургитации на 1 степень- у 10 пациентов (88,9%), увеличение на 1 степень- у 1 пациента (9,1%).

В отдалённом периоде (через 2 года), 1 пациент поступил повторно с жалобами на одышку при физической нагрузке, слабость, кашель, кровохарканье. На ЭКГ- выраженные изменения миокарда левого желудочка и предсердия, единичные экстрасистолы. Эхо-КГ- явления регургитации 1-2 степени (при выписке после операции 1 степени). После проведенной консервативной терапии, заключающейся в применении препаратов калия, мочегонных препаратов, кардиотоников состояние больного значительно улучшилось, и от оперативного лечения было решено отказаться.

У другой больной 10-ти лет в 3-х летнем возрасте была проведена пластика правой коронарной створки, однако, регургитация хоть и уменьшилась, но сохранилась (1 ст.). Через 7 лет возникла недостаточность клапана аорты 3 степени, что проявилось задержкой роста ребёнка, перегрузкой левых отделов сердца на ЭКГ, регургитацией 3 ст. на Эхо-КГ. Было выполнено протезирование клапана.

6. Устранение фенестрации створок с использованием заплат из аутоперикарда выполнено 5 пациентам.

По данным ЭХО-кардиографии, у всех пациентов произошло снижение регургитации.

1 пациент, перенёсший операцию пластики левой коронарной створки, через 2 года в результате рецидива ревматической болезни подвергся пластики некоронарной створки, так же с применением аутоперикарда.

7. Пластика основания некоронарного синуса проведена 6 пациентам.

У 4 пациентов (67%), по данным Эхо-КГ, регургитация на аортальном клапане уменьшилась на 1 степень, у 2 больных- не изменилась, но клинически состояние больных улучшилось, хотя у 1 из этих пациентов длительно наблюдалась клиника сердечной недостаточности, но на момент выписки состояние больного расценено как удовлетворительное.

1 пациенту (17%) через 2 года выполнено протезирование клапана аорты, необходимость в котором вызвана рецидивом недостаточности клапана, что проявилось одышкой, слабостью, высоким пульсовым давлением, перегрузкой левого желудочка на ЭКГ, регургитацией 2-3 степени. При операции обнаружен разрыв некоронарной створки с наложением на ней рыхлых вегетаций.

У всех 79 больных после операции произошло улучшение состояния.

Выводы: самые частые рецидивы возникали после устранения стеноза аортального клапана (22,2% больных были подвергнуты повторной операции- протезированию аортального клапана, и 1 пациенту открытая аортальная комиссуротомия выполнена повторно). Повторно не оперировались пациенты после плоскостной резекции створок, как изолированной, так и в сочетании с аортальной комиссуротомией. В остальных случаях так же получены обнадеживающие результаты. Всего повторно оперировано 10 пациентов (12,7%), 8 операций- протезирование аортального клапана, 1- повторная открытая аортальная комиссуротомия, 1- повторная пластика с использованием заплат из аутоперикарда.

Необходимо тщательно определять показания к операции, т.к. пластическая коррекция возможна у ограниченного круга больных.

Предпочтение следует отдавать детям, в случае стеноза- при умеренном сужении клапана аорты и глубоких аортальных синусах; при пролапсе одной из створок; дилатации фиброзного кольца. Обязательным условием является отсутствие внутриворотчатой кальцификации. (2)

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акишбая М.О. Анализ отдалённых результатов после хирургической коррекции аортального стеноза. // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия.- Москва, 2006.- №2.- с. 51.
2. Дземешкевич С.Л., Стивенсон Л.У., Алекси-Месхшвили В.В. Болезни аортального клапана.- Москва, 2004.- с. 157-160, 272-273.
3. Нарсия Б. Е., Хаджир-Сад А. М. Реконструктивная хирургия аортального клапана. // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия.- Москва, 2004.- №5.- с. 59-61.

УДК 612.681:61-058

ДОЛГОЛЕТИЕ КАК СОЦИОКУЛЬТУРНЫЙ ФЕНОМЕН

Василевич Е. А., Худовцова А. В.

*Гродненский государственный медицинский университет
Кафедра гуманитарных наук*

Научный руководитель: к.и.н., проф. Лукьянова Л. И.

Многие слышали расхожую фразу: все хотят жить долго, но никто не хочет стареть. Конечно, людям не дано знать, какой срок жизни им предначертан, но эта тема глубоко волновала еще наших предков. Об этом красноречиво повествуют дошедшие до нас мифы и легенды. Всем известен феномен кавказского долголетия. У горцев на этот счет существуют определенные поверья.

Так, при рождении ребенка три божества-ашацва решают, какой срок жизни дать человеку. По другому взгляду срок жизни пишет ангел с внутренней стороны черепа. Есть и более наивные поверья. К примеру история о том, что крестьянин делал забор кое-как. Из-за этого ангел ему сделал замечание. «А зачем,- сказал крестьянин, знавший дату своей смерти,- я все равно скоро помру». И тогда на небесах было принято решение, чтобы люди не знали о сроке своей жизни [7; 77].

Но это было очень давно. А что сегодня? Вопросы осознанного долгожительства достаточно актуальны для многих людей. Каждый человек сам себе определяет продолжительность жизни. Речь, конечно же, идет о естественной смерти от старости, а не от аварий, разбойных нападений и т.д. Традиционно люди связывают предполагаемую длительность своей жизни с числом прожитых лет своих предков, родителей. По достижении возраста смерти своей матери или отца, судьба личности проходит через сложные психологические периоды. Но каждый из нас, и об этом не стоит забывать, может жить и живет только по своему уникальному сценарию [8; 84].

На уровне эмоций и обыденной логики очевидна связь между желанием жить и продолжительностью жизни. Но такую закономерность трудно подтвердить или опровергнуть, измерить с математической точностью. Хотя, очевидно, что

у определенной группы людей соматические заболевания имеют в своей основе психологический компонент. Это следствие неразрешенных внутренних проблем и противоречий, требующих создания собственной жизненной философии. Врач в качестве лекарства должен такую философию человеку помочь придумать, сконструировать [1; 72].

Человеку тяжело принять собственное старение. Но долгожитель не может не стать философом. Он ставит перед собой вопросы: в чем смысл жизни, предназначение человека, почему и зачем он так долго живет. Это практическая философия – философия обыденной жизни [1; 71]. Сегодня мы имеем возможность наблюдать процесс старения человека – пожилых людей и долгожителей становится все больше. В Европе говорят о новом типе обучения – об обучении на протяжении всей жизни. Демографические и другие исследования показали, что к управлению государствами придут пенсионеры. Согласно прогнозам демографов, первым поколением, которое займет доминирующее положение в обществе как пенсионеры, будут те, кто родился в период 1946–1964 годов. Наилучшей формой правления станет геронтократия, то есть власть мудрецов. И это будет не сенсация, а возврат к принципам, описанным в Библии и трудах Платона. Звучит достаточно правдоподобно, т.к. С.П.Капица, известный физик и телеведущий, подсчитал, что население будет бурно увеличиваться, но примерно через 50 лет, достигнув отметки 10–12 миллиардов жителей, человечество прекратит рост, и число людей в дальнейшем будет оставаться стабильным. Приоритетом станет качество жизни, всеобщее стремление поднять каждого индивидуума на новую ступень развития [1; 121].

А пока мы находимся в ожидании светлого будущего, обратимся к статистике. Данные оценки уровней различных аспектов жизни пожилых жителей Украины и эмигрантов США, проведенные в июне–сентябре 2003 года благотворительным еврейским фондом «Турбота Хесед Авот» г.Киева, показали, что условия жизни напрямую влияют на эмоциональную сферу пенсионеров. На вопрос об умении легко выходить из конфликтных ситуаций в Украине положительно ответило 37% опрошенных, а в США – 62%, т.е. на 25% больше. В странах СНГ пожилые люди чаще живут со своими уже семейными детьми и внуками. Отсюда вечные проблемы и конфликтные ситуации. В Америке не принято, чтобы родители жили со своими взрослыми детьми и это снимает напряженность во взаимоотношениях различных поколений.

Значительно отличаются и уровни интеллектуальной (88% и 68%) и физической (49% и 76%) активности в Украине и США соответственно. Различие обусловлено тем, что пенсионеры в Украине вынуждены продолжать работать, чтобы прокормить себя, а иногда и материально поддержать своих взрослых детей. В США же пожилые люди свободны от работы, живут отдельно от своих детей и имеют возможность уделять больше внимания физической культуре, а также принимать участие в экскурсиях и путешествиях [4; 123].

Все это указывает на противоречия культурных традиций, жизни, обыденной философии Востока и Запада.

Говоря о традициях, нельзя не вспомнить об институте наставничества. Самые простые вещи люди начинают осваивать позже всего, но при подсказке им можно научиться быстрее. Именно воспитание и наставничество являются наиболее распространенными социальными механизмами овладения опытом.

Трансмиссия культуры не осуществляется генетически, но передается от поколения к поколению. Еще совсем недавно деятельность, направленная на обучение молодежи, представляла собой вершину карьеры, особенно в рабочих специальностях. Сейчас эта система практически разрушена, и старики оказались не у дел, такие понятия, как авторитет и передача знаний обесценились.

В настоящее время неопределенность места и роли пожилых людей в социуме служит одной из причин дискриминационных практик по отношению к ним, снижения качества их жизни. Мы можем воочию наблюдать за ходом социальной эстафеты.

Общественно-экономические трансформации 1990-х годов привели к возникновению конкуренции между разными поколениями. Это обусловило нежелание представителей старшего поколения передавать молодежи свои знания и навыки. Представители «третьего возраста» из самой уважаемой группы в одночасье оказались наиболее уязвимой. Молодые работники стали предпочитаться старшим, а опыт последних сегодня повсеместно признается устаревшим.

В этих условиях неизбежен рост напряженности между людьми, но такова цена прогресса.

Вот и наставничество, как видно из опроса, уходит в прошлое. Согласно данным Центра социальных исследований «РОСС-XXI век», среди респондентов старше 55 лет наставник был у 87,4%, среди 16–25-летних только у 35,2% [5; 40]. Снижение показателей вовсе, однако, не означает, что молодежь не испытывает потребности в помощи при специализации на рабочем месте. В ходе исследования было зафиксировано позитивное отношение к практическим навыкам наставничества: 69,2% считают, что это полезно для производства и молодежи, 38% видят здесь традицию, укрепляющую связь поколения и только 7,6% респондентов относятся к явлению как к «пережитку социализма» [5; 40].

Как бы то ни было, пока у нас пожилые люди, в ожидании геронтократии, теряют свои позиции в обществе, на Западе все чаще можно услышать о профессиях «второй половины жизни». Представители данных профессий – уважаемые люди, занятые неполный рабочий день и глубоко знающие свое дело. Поэтому ключевые игроки западного рынка – пожилые люди. А на постсоветском пространстве, как всегда, все наоборот. Независимо от желания держать руку на пульсе, независимо от наличия стиля, «своего подчёрка» и опыта, наш человек в какой-то момент просто вынужден отойти от дел, т.к. существуют негативные социальные стереотипы о старости и старении. Это и преувеличение возрастных изменений, и социальное одобрение жизненного сценария в «третьем возрасте», связанного с пассивностью и отходом от дел. Может, все дело во времени?

К.Мангейм справедливо отмечает: «В условиях статичности создается установка почтительности: молодое поколение стремится приспособиться к старшему вплоть до того, что старается выглядеть старше». Но в переходный период наблюдается обратная ситуация. Молодые люди быстрее чем пожилые, принимают новое, лучше адаптируются и имеют больше шансов воспользоваться имеющимися возможностями [5; 41].

Очевидно, что долгожительство – личное и профессиональное – не может продолжаться вечно. Хорошо, когда человек доживает до глубокой старости, находясь в здравом уме и памяти. А если нет? Очень часто это такая физическая и умственная деградация, что просто слов нет описать ее!»

Трудно видеть, как стареют люди, как они теряют силы, оптимизм и порой не видят смысла в своей жизни.

Так в чем же смысл старости? [3; 8] Может быть в сознании того, что человек смертен? Спросите любого, он даст утвердительный ответ. Но в своем повседневном поведении, мышлении, чувствах человек постоянно стремится забыть, что он смертен: он в страхе бежит от этой мысли. Иллюзорная идея бессмертия рождает предательскую безответственность.

Люди подражают другим и не создают себя – ну и что, они же «бессмертны», у них еще есть время. Они занимаются благоглупостями, ведь у них еще есть время для великих дел. Может быть, только в старости человек и понимает, на что ушла его жизнь [6; 302]. Епископ Гродненский и Волковысский Артемий замечает: «Бог смиряет человека всю жизнь. Мы были баронами, шли по жизни, задрал голову, в некоем самоуспокоении. А тут: сидит немощный человек в собственных нечистотах и все больше понимает свою сущность. Бывает старость святая, а бывает и полоумная. Какой она будет – зависит от нас» [3; 9].

На человека же мыслящего, не пораженного болезнью, старение оказывает значительное влияние в духовно-эмоциональном плане. В том же социопросе осведомились о терпимости к ближнему и способности выслушивать собеседника. Подавляющее большинство ответило положительно (87% в Украине и 89% в США).

Однако, известно, что в повседневной жизни пожилые люди не всегда отличаются терпимостью, а тем более желанием выслушивать собеседника, хотя понимают, как видно из результатов исследования, необходимость подобного поведения. То же самое можно сказать о желании нести людям добро и умении прощать (81% и 95%) [4; 122-123].

Но даже если пожилым людям, как и всем нам, не всегда удается пребывать в добром расположении духа, все равно они стремятся, чтобы потомки их не забывали. У тех же горцев в XIX веке существовал обычай «поминок по живому». Сейчас «поминки» заменили словом «компания». Пожилой человек, чтобы оставить память о себе, делал персонально значимое общественное дело: обустроивал родник, оборудовал стоянку для путников или строил мост. В честь события устраивали застолье, в процессе которого говорили о живом, как о мертвом, отмечая его добрые дела. Сейчас «поминки» заменили словом «компания». В честь человека говорили тосты, но никто не чокался. Сам же человек не пил и все время стоял, позволяя себе сесть только в конце застолья. Таким образом, человек мог идентифицировать себя с вечным родовым телом своего этноса, получая официальное признание своей этнической идентичности. Вообще, у горцев «время, проведенное за столом, в срок жизни не включается». Прекрасные и мудрые слова! [7; 81-83]

Может, благодаря подобным традициям миру и известен феномен кавказского долголетия. Ведь, когда человек ощущает единство со своими предками и потомками, с прошлым и будущим, тогда его жизнь становится такой, как писал М. Ю. Лермонтов:

Порой обманчива бывает седина:
Так мхом покрытая бутылка вековая
Хранит струю кипучего вина [2; 139].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аршинов В.И., Водолазов Г.Г., Ермишин О.Т. и др. Философия долгожительства // Философские науки. – Москва, 2008. - №3. - с.71-74
2. Витражи мудрости: Афоризмы, крылатые слова, изречения // Сост. М.В.Король. – 2-е изд., перераб. и доп. – Мн.: Полымя, 1991. - 414с.
3. Зачем человеку старость? // Царкоунае слова. - 2008. - №34. - с.8-9
4. Розембаум М.Д., Ратмановская Л.Б., Розембаум А.В. Психологическая оценка качества жизни пожилых людей (сравнительный анализ)//Социологические исследования. - Москва, 2005. - №4. - с.121-124
5. Смирнова Т.В. Старшее поколение: нереализованные ресурсы // Общественные науки и современность. - Москва, 2008. - №4. - с.38-45
6. Султанов Ш.З., Султанов К.З. Омар Хайям. - М.: Мол.гвардия, 1987. - 320с., ил. - (Жизнь замечательных людей. Сер.биограф. Вып.9 (679))
7. Чеснов Я.В. Ландшафт – внутренняя телесность долгожительской культуры абхазов// Философские науки. - Москва, 2008. - №3. - с.75-83
8. Юрьев Г.П. Пиферные основания долгожительства // Философские науки. - Москва, 2008. - №3. - с.84-96

УДК 597.8:577.486 (571.1)

РАСПРОСТРАНЕНИЕ БЕСХВОСТЫХ ЗЕМНОВОДНЫХ НА ТЕРРИТОРИИ ЮЖНОЙ ЧАСТИ СРЕДНЕЙ СИБИРИ

Васильева А. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра биологии с экологией и курсом фармакогнозии*

Научный руководитель: асс. Афанаскина Л. Н.

Одним из приоритетных направлений современной биологии является изучение и сохранение биологического разнообразия [4,5]. Решение этой проблемы особенно важно для регионов, отличающихся невысоким уровнем биоразнообразия и где степень разнотипного антропогенного воздействия на естественные экосистемы велика, что характерно и для южной части Средней Сибири. Здесь каждый вид наперечет и требуется особая стратегия сохранения и использования биоразнообразия, с пристальным вниманием не только к каждой экосистеме, но и к каждому виду, каждой популяции [5]. В связи с этим в настоящее время эколого-фаунистические исследования вновь приобретают большое значение как самая надежная основа для изучения экологии сообществ животных – важных компонентов экосистем различного уровня. Многовидовые сообщества выступают фактором, определяющим существование и функционирование экосистемы, которая признана одним из ключевых теоретических положений современной экологии [7].

Земноводные и пресмыкающиеся являются такими группами позвоночных животных, биоценологическая роль которых в наземных, околотоводных и водных экосистемах многогранна и существенна [2]. Являясь консументами второго и следующих порядков, земноводные и пресмыкающиеся оказывают мощный пресс на многочисленных фитофагов, не позволяя им размножаться более определенной нормы.

Актуальность изучения земноводных в данном регионе определяется и тем, что до настоящего времени они являются наименее изученной группой среди позвоночных животных Средней Сибири [4]. Основные причины – обширность и труднодоступность многих участков территории, а также отсутствие специалистов – батрахологов. Земноводные лесостепной части данной территории фактически не изучены. Нет сведений по наиболее распространенным ассамблеям амфибий и типов взаимоотношений между этими группами. Не изучена популяционная изменчивость земноводных под влиянием климатических и географических факторов.

На современном этапе крайне важным является изучение пространственной дифференциации видов, экологических основ устойчивости популяций в динамических условиях среды.

Цель исследования: изучить распространение бесхвостых земноводных южной части Средней Сибири.

Задачи исследования:

1. Изучить видовой состав бесхвостых земноводных южной части Средней Сибири
2. Выявить распространение и биотопическую приуроченность бесхвостых земноводных

В физико-географическом отношении Средняя Сибирь понимается как Среднесибирское плоскогорье с прилегающей к нему с запада специфической Енисейской географической областью, переходной к территории Западной Сибири.

Батрахофауна лесостепной части Средней Сибири относительно небогата, насчитывает пять видов бесхвостых земноводных, которые относятся к одному отряду, двум семействам и двум родам.

На территории Средней Сибири обитает остромордая (*Rana arvalis*), сибирская (*Rana amurensis*) лягушки, серая (*Bufo bufo*) и зеленая (*Bufo viridis*) жабы. В 2003 г. Был обнаружен еще один вид – озерная лягушка (*Rana ridibunda*).

Известно, что видовое разнообразие зоокомплексов зависит от общего богатства фауны региона и экологической структуры местообитаний. Немаловажную роль играют адаптационные возможности животных и их способность приспособливаться к обитанию в окружающей среде.

Биотопическое распределение серой жабы

Северная граница ареала серой (обыкновенной) жабы на территории Средней Сибири проходит через Красноярский край (среднее течение р. Енисей на уровне поселков Бор и Алинское).

Серая жаба отмечена в пойменном лесу р. Казыр на полянах, вдоль проселочных дорог и непосредственно на дороге в темное время суток

Древесный ярус пойменного леса представлен березой, осиною, сосной, пихтой. Среди кустарников преобладает спирея, шиповник, рябина, ива. К травянистому ярусу относятся лапчатка, клевер, нивяник, земляника. Надпочвенный покров состоит преимущественно из мхов и лишайников. Нижний ярус леса мохово-кисличный. Серая жаба поднимается в среднегорный ландшафтный ярус до высоты 1500 метров над уровнем моря. В тайге жабы населяют менее влажные места по сравнению с другими бесхвостыми земноводными.

Таким образом, серая жаба связана в основном с лесной зоной, в которой предпочитает заболоченные хвойные леса. Кроме них, она встречается в лиственных лесах, рощах, в основном в весьма влажных местах с густой растительностью. Обширных открытых пространств избегает, но в облесенных ландшафтах охотно заселяет кустарники, луга, поля, поляны. В большинстве биотопах серая жаба не очень многочисленна.

Биотопическое распределение зеленой жабы

Зеленая жаба распространена на юге европейской части страны, в Средней Азии и на самом юге Сибири, к востоку вплоть до верховьев Енисея. В крае пока достоверно не обнаружена, но может быть найдена на юге, в лесостепи и степи.

Биотопическое распределение остромордой лягушки

Остромордая лягушка является фоновым видом на территории южной части Средней Сибири. К северу по Енисею она распространена до южной лесотундры, очень редка. В южной тайге на р. Енисей лягушек значительно больше, чем в средней полосе, их плотность достигает 780 ос/га [1], хотя распределена не равномерно. Ее вертикальный предел распространения до 1500 м. над уровнем моря, среднее течение р. Базыбай, правый приток р. Казыр. Плотность населения остромордой лягушки увеличивается к южной части Средней Сибири. Таким образом, современные сведения о *Rana arvalis* в Средней Сибири демонстрируют широкое распространение вида от лесотундры до горной системы Восточного Саяна.

Остромордая лягушка встречается в лесостепи, степи, подтайге, зоне горной тайги. Предпочитаемость биотопов не прослеживается. Остромордая лягушка заселяет все благоприятные для жизни биотопы: старицы, заливные и заболоченные луга, низинные болота, искусственные озера, пойменные леса, временные водоемы, которые имеют сходную растительность: древесный ярус представлен березой, осиною, реже лиственницей, сосной, елью, тополем; кустарниковый – ивой, черемухой, боярышником, шиповником, черной и красной смородиной, кизильником; травянистый ярус – по берегам типичной луговой растительностью: клевером, тысячелистником, пижмой, звездчаткой, борщевиком, лапчаткой, крапивой, лютиком, горцем, чиньей, нивяником, подорожником; околородная – различными видами осоки, которые формируют кочки, камышами, рогозом, реже хвощем; водная растительность представлена кувшинками, ряской. Дно каменисто-илистое или травянисто-илистое с большим количеством листового опада и веток.

Данный вид характеризуется высокой степенью эвритопности, что позволяет создавать в пределах ареала популяции с численностью, которая во многих местах составляет десятки тысяч особей [2].

Биотопическое распределение сибирской лягушки

Северная граница ареала сибирской лягушки на территории Средней Сибири идет через Красноярский край и Иркутскую область. Южная граница ареала проходит примерно по линии: Хакасия - юг Красноярского края - юго-запад Иркутской области. Но как южная, так и северная границы ареала нуждаются в дальнейшем изучении.

Сибирская лягушка встречается в пойме р. Алейки, р. Курыш, озере Сосновое (Ачинский р-н), старице реки Чулым (Ачинский р-н) и по берегам искусственного озера (Канский р-н), которое представляет собой искусственный водоем площадью 3,5 км². На его западном берегу произрастают кочки до 1 метра. Другие берега граничат с лугом, где встречаются березовые колки с примесью тополя. Дно каменисто-илистое. Водоем подвержен сильному антропогенному фактору, что значительно влияет на земноводных [3].

Биотопическое распределение озерной лягушки

Вид предпочитает открытые, хорошо прогреваемые места с богатой травянистой растительностью. Будучи полуводным видом, озерная лягушка, населяет различные проточные и стоячие воды от мелких луж до крупных рек и озер. Разнообразие населяемых водоемов и размах миграций по суше выше во влажных, чем в аридных регионах [6].

Первые данные о находке озерной лягушки получены в 2003 г. на озере Подгорное, куда она, вероятнее всего была завезена. О проникновении данного вида на территорию Средней Сибири существует две точки зрения: расселилась из Алтая в обход Кузнецкого Алатау; по руслу р. Чулым из Томской области.

Озерная лягушка встречается на озере Копытово, в старице р. Серж. В 2005 г. она была обнаружена на восточном берегу Березовского водохранилища, а 2007 г. – и на северном берегу, где формирует локальные популяции.

Озерная лягушка заняла определенную экологическую нишу в соответствующих местообитаниях экосистем внутренних водоемов южной части Средней Сибири [8]. Она предпочитает открытые участки и держится в водоемах или возле них, не удаляясь обычно более чем на 20 – 50 м. По руслу проникает в лесные массивы. Может быть встречена в различных водоемах со стоячей, реже проточной водой: в ямах, крупных лужах, тростниковых болотах, родниках, прудах, старицах, оросительных каналах, озерах, реках. Чаще всего населяет крупные открытые водоемы. Легко заселяет водоемы искусственного происхождения: запруды, водохранилища, рыбные пруды.

Выводы: на основе анализа литературных источников проведена инвентаризация батрахофауны южной части Средней Сибири, выявлена и описана региональная специфика территориального распределения бесхвостых земноводных. Батрахофауна данного региона относительно небогата и насчитывает пять видов бесхвостых земноводных: остромордая (*Rana arvalis*), сибирская (*Rana amurensis*), озерная (*Rana ridibunda*) лягушки, серая (*Bufo bufo*) и зеленая (*Bufo viridis*) жабы, для жизнедеятельности которых необходимо соблюдение определенного гидротермического режима, что создается микроусловиями конкретных биогеоценозов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бурский, О.В. Земноводные Приенисейской средней тайги в районе стационара «Мирное» / О.В. Бурский, Н.Ю. Бурская // Биологические ресурсы, биоценозы и промысловые хозяйства Туруханской тайги. – М.: Наука, 1977. – 217 с.
2. Гаранин, В.И. К изучению миграций амфибий / В.И. Гаранин // Герпетологический сборник. – Л.: ЗИН АН СССР, 1977. – Т. 74. – с. 39-49.
3. Городилова, С.Н. О находке популяции сибирской лягушки (*Rana cruenta*) в Канском районе / С.Н. Городилова, М.И. Плешакова // Межвузовский сборник научных трудов «Фауна и экология животных юга Средней Сибири». – Вып. 4, Красноярск, 2006, с. 80.
4. Кривоуцкий, Д.А. Динамика биоразнообразия и экосистем в условиях радиоактивного загрязнения / Д.А. Кривоуцкий // Докл. РАН. – 1996 – Т. 347. №4. – с. 567-569.
5. Мордкович, В.Г. Проблема биоразнообразия и ее экологическое значение / В.Г. Мордкович // Сиб. эколог. журн. – 1994. – Т.1. - №6. – с. 497-499.
6. Савченко, А.П. Животный мир Енисейской равнины: Монография. Земноводные, пресмыкающиеся, птицы / А.П. Савченко, В.Н. Сидоркин, А.В. Беляков // Красноярск: КрасГУ, 2001. – Т.1. – 279 с.
7. Уиттекер, Р. Сообщества и экосистемы / Р. Уиттекер - М.: Прогресс, 1980. – 328 с.
8. Устинович, Е.А. К фауне бесхвостых земноводных республики Хакасии / Е.А. Устинович // Экология Южной Сибири и сопредельных территорий: Материалы VIII Международной научной школы-конференции студентов и молодых ученых / Отв. ред. В.В. Аношин. – Абакан: Издательство Хакасского государственного университета им. Н.Ф. Катанова, 2004. – Т. 1. – С. 114 – 115.

УДК 612.821

ТИПОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МОДАЛЬНОСТИ, ЕЕ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ЛАТЕРАЛЬНОСТЬЮ МОЗГА И СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОДАЛЬНОСТЕЙ ПО ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ ЛИЧНОСТИ

Васильева В. А.

Волгоградский государственный медицинский университет
Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель: к.м.н., асс. Долецкий А. Н.

Актуальность. Человек постоянно получает информацию о внешнем мире, используя пять анализаторов: зрительный, слуховой, соматосенсорный (кинестетический), обонятельный, вкусовой. Но обилие этой информации не позволяет сознанию переработать ее полностью. Поэтому на бессознательном уровне происходит отбор той части данных, полученных организмом, которая наиболее соответствует его приобретенному опыту и, возможно, физиологическим особенностям. При этом в сознании у разных людей в ответ на одинаковый раздражитель может сформироваться картинка, либо звуковая «палитра», либо какие-нибудь кинестетические ощущения, и дальнейшая реакция их будет различна: один скажет «я это видел», другой – «слышал», третий – «чувствовал». Таким образом, формируется модальность человека.

Еще одним свойством психики является – **внушаемость**, проявляющаяся в податливости человека психологическому воздействию. По определению Бехтерева В.М. [2], внушаемость – это нормальное физиологическое свойство человеческой психики, в большей степени связанное с ее подсознательной деятельностью. Внушаемость как личностно детерминированный процесс безусловного принятия задаваемой извне информации в том или ином виде характерна для большинства людей. Внушаемость играет существенную роль в жизни человека, от нее подчас зависит здоровье и будущее личности. Легко внушаемый человек в большей мере поддается внешним воздействиям, чем слабо внушаемый. К этим воздействиям относятся влияния других людей, а также несловесные раздражения, придающие определенный ход мышлению. Последнее десятилетие характеризуется ростом работ, посвященных выраженности внушаемости у больных и возможности практического использования знаний о степени данной внушаемости.

Известен обширный круг исследований, посвященных выявлению личностных коррелятов внушаемости. Установлена, например, зависимость внушаемости от таких характеристик, как доверчивость-недоверчивость, смелость-робость, уровень самооценки, степень эмпатии [7]. К числу свойств личности, благоприятствующих повышенной внушаемости, относят неуверенность в себе, низкую самооценку, чувство собственной неполноценности, стеснительность, доверчивость, тревожность, впечатлительность, слабость логического мышления, медленный темп психической деятельности.

Не менее важным являются психологические характеристики личности: ипохондрия, депрессия, истерия, психопатия, психастения и др.

Целью нашей работы является поиск типологических особенностей взаимосвязи между психологическим портретом личности, внушаемостью и доминирующим типом модальности, а также поиск зависимости модальности и внушаемости от латеральности, обусловленной преобладанием лево- или правополушарной активности. В основу исследования была положена гипотеза о наличии и связи между поступлением информации и доминирующей модальностью.

Материалы и методы. Алгоритм обследования включал следующие этапы: психологическое тестирование невербальных (глазодвигательных) реакций обследуемого с количественным определением доминирующего анализатора (модальности). Тестирование проводилось индивидуально в одинаковых условиях, количество баллов коррелировало со степенью активности канала. Для субъективной оценки уровня внушаемости использовался тест «Внушаемость» [4]. Тест включал 20 утверждений, отражающих проявления внушаемости в поведении, деятельности и самосознании человека.

Также проводилось пять стандартных проб на внушаемость, адресованных к основным анализаторам: «числа» – навязывание сказанного числа; «запах» – внушение несуществующего запаха; «звук» – убеждение в наличии несуществующего звука; «круги» – суггестивная реакция, направленная на зрительный анализатор; проба «вибрация» – внушение несуществующего тактильного ощущения.

Затем испытуемые проходили тестирование с использованием опросника ММПИ (адаптированный вариант) и теста Айзенка. Полученные данные были обработаны с помощью программного пакета “Statistica” версии 6.0 кластерным методом, выявление различий проводилось с помощью непараметрического критерия Колмогорова-Смирнова и Краскала-Уолеса.

В исследовании участвовало 90 соматически здоровых человека в возрасте от 17 до 24 лет – студенты Волгоградского государственного медицинского университета (ВолГМУ) и Волгоградского муниципального института искусств им. П.А. Серебрякова (ВМИИ).

Полученные результаты. Полученные данные были разделены в процессе кластерного анализа на 3 группы. В первый кластер (39 человек) вошли люди, которые в большей степени могут создавать и изменять визуальные образы. Данная группа имела достоверные различия с третьим кластером (31 человек) по значениям визуальной конструкции и памяти, аудиальной конструкции, аудиальной памяти и внутреннего диалога, а со вторым кластером (20 человек) – по выраженности аудиальной памяти и внутреннего диалога. Во втором кластере преобладали люди, воспринимающие мир через звуки и ощущения, а в третьем – люди имеющие хорошо развитую визуальную и аудиальную память, часто обращающиеся к себе (ведущие с собой внутренний диалог). Достоверно эти кластеры различались между собой по значениям аудиальной конструкции и внутреннего диалога.

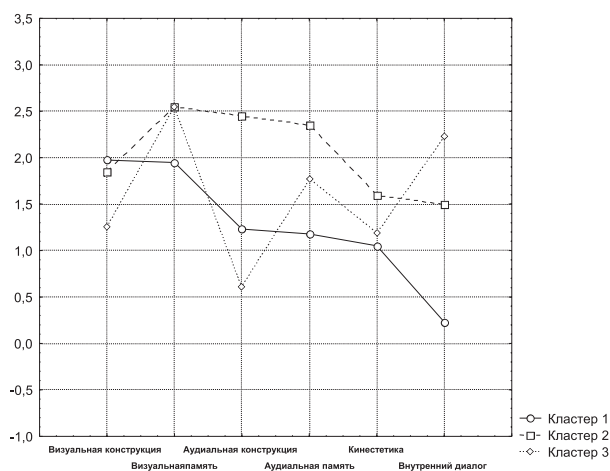


Рис. 1. – Сравнительная характеристика кластеров по модальностям

Большинство людей с профессионально развитым слухом вошло в кластер с развитой аудиальной и кинестетической модальностями. Это соответствует нашим предположениям о наличии взаимосвязи между профессией человека и доминирующей сенсорной системой. Также была выявлена интересная закономерность – при наличии правшества у студентов ВМИИ отмечалось либо объединение, либо инверсия глазодвигательных реакций, как у левшей. Поскольку традиционно творческая деятельность связывается с работой правого полушария (как и левшество), выявленный нами факт подтверждает более тесную связь глазодвигательных реакций с активным полушарием, чем моторное доминирование (лево- или праворукость).

Из результатов теста ММПИ выявлено, что у большинства тестируемых доминирует девятая шкала (шкала гипомании). Видимо, данная особенность связана с молодым возрастом обследуемых, потому что в молодом организме все процессы идут особенно быстро: быстрая смена интересов, быстрое переключение внимания [5]. В первом кластере отмечались значимо более высокие показатели по пятой шкале (шкала маскулинность/ фемининность). Это свидетельствует о наличии у тестируемых личностей с преобладанием визуальной конструкции качеств противоположного пола: у женщин – маскулинности, а у мужчины - фемининности. Таким образом, в мужском графике пик по данной шкале представляет собой проявление «женских черт», то есть обладатель такого графика сензитивен, конформен, дружелюбен. И наоборот – «у женщины высокие показатели по шкале маскулинность/ фемининность отражают черты мужественности, самостоятельности в принятии решений...» [6].

Тест Айзенка дал следующие результаты: из общего числа обследуемых отмечается тенденция к более высоким значениям по шкале «эмоциональность» (преобладание экстравертов – более общительных и открытых людей, легко воспринимающих новую информацию) в третьем кластере. Данная взаимосвязь может подтвердить, что аудиалы - люди творческие и к ним необходим особый подход при обследовании и лечении.

Практическая значимость. Изучение психофизиологической основы внушаемости позволит лучше понять биологические процессы в ЦНС, лежащие в основе данной реакции. Кроме того, наличие зависимости между доминирующей модальностью и степенью внушаемости могло бы облегчить объективизацию данного слабо формализуемого компонента психической деятельности. При подтверждении разрабатываемой нами гипотезы исследователи могут получить более объективный способ оценки внушаемости, а практические врачи – понимание оптимального способа общения с пациентом, повышения степени доверия (комплаентности) к назначенному лечению и, в итоге, улучшение эффективности медицинской помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айзенк Г., Айзенк М. Исследование человеческой психики. – М: Издательство ЭКСМО-Пресс – 2001.
2. Бехтерев В.М. Внушение и его роль в общественной жизни. – СПб: Издание К.Л.Риккера, 1908.
3. Гриндер Д., Бэндлер Р. Из лягушек в принцы. – Воронеж: НПО «МОДЭК» – 1993.
4. Клаучек С.В., Деларю В.В. Разработка скринингового метода для выявления склонности к развитию индуцированных состояний // Психологический журнал. – 1997. – Т.18, N2. – С. 123 -128.
5. Нарицын Н.Н. Личностные акцентуации по ММРП (СМИЛ) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.naritsyn.ru/read/all/kto/MMPI.htm>
6. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ. – СПб: Речь. – 2000 .
7. Kumar V.K., Pekala R.J., Cummings J.// Int J Clin Exp Hypn. – 1996. – Vol.44. – P. 232-249.

УДК 618.3-008.9:616.378-008.64:616-053.31/36

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ, РАННЕГО ДЕТСТВА

Ведмедь А. А., Бацунина О. В.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Научный руководитель: к.м.н., асс. Шапошникова Е. В.

Актуальность проблемы. Диабет беременных (гестационный сахарный диабет) - это транзитное нарушение толерантности к глюкозе, впервые выявленное во время беременности. По данным литературы частота случаев гестационного диабета варьирует от 2% до 8% [2]. Около 2/3 женщин имеют хотя бы один из перечисленных факторов риска развития диабета беременных: отягощенная по сахарному диабету наследственность, наличие гестационного сахарного диабета в анамнезе, глюкозурия или клинические симптомы сахарного диабета во время предыдущей или данной беременности, уровень глюкозы в капиллярной крови натощак выше 5,5 ммоль/л или более 7,8 ммоль/л через 2 часа после еды, ожирение, масса тела предыдущего ребенка при рождении более 4000 г, привычное невынашивание в анамнезе, необъяснимая смерть плода или врожденные аномалиями его развития, многоводие и/или наличие крупного плода, возраст более 30 лет, артериальная гипертензия, тяжелые формы гестоза в анамнезе [3]. Частота перинатальных осложнений (макросомия плода, гипербилирубинемия, гипогликемия после рождения, гипокальциемия, тромбоцитопения и другие) по-прежнему остается высокой 12% - 28% [1].

Цель исследования. Изучить особенности течения периода новорожденности, раннего детства у детей, рожденных от матерей с гестационным сахарным диабетом.

Материал исследования. Основную группу составили 20 новорожденных от матерей с диагностированным гестационным сахарным диабетом.

Методы исследования. Анкета включала анализ течения беременности, родов, послеродового периода пациенток; истории развития новорожденного: срок гестации к моменту родоразрешения, способ родоразрешения, оценка по шкале Апгар, масса, рост при рождении, физиологическую убыль массы тела новорожденного, лабораторные данные. Исследование внутренних органов: поджелудочной железы, сердца, щитовидной железы, головного мозга. Характер вскармливания, сроки введения прикормов. Осмотры узкими специалистами: педиатром, неврологом, окулистом, оториноларингологом, хирургом. Физическое (исследование прибавки массы тела и прибавки роста по месяцам), психомоторное (моторика, речь, социальное поведение) развитие ребенка, поведение. Сбор анамнеза жизни о перенесенных инфекциях, травмах, их осложнениях. Общий осмотр ребенка по общепринятой методике.

Математическая и статистическая обработка данных выполнена с использованием t- критерия Стьюдента, с достоверностью различия значений при $p \leq 0,05$.

Результат исследования. Диагноз гестационного сахарного диабета был выставлен в третьем триместре беременности, срок гестации составил 33 ± 2 недели. Все беременные на протяжении беременности находилось под наблюдением акушер-гинеколога, консультированы эндокринологом. Сахарный диабет был компенсирован диетой.

При изучении особенностей течения настоящей беременности выявлено, что беременность протекала на фоне различных осложнений. Так, угроза прерывания беременности - 52,6%, анемия I степени -15,8%, гестоз легкой степени тяжести - 63,2%, в 5,3% - регистрировался тяжелый гестоз.

Срок гестации к моменту родоразрешения составил $37,6 \pm 2,4$ недели. Преждевременные роды имели место в 31,6%. Роды в срок – в 68,4%. Самостоятельно вступили в роды 31,6%. Родоразрешены путем операции кесарево сечение 68,4% пациенток, среди них досрочно – 15,8%.

Всего от матерей с гестационным сахарным диабетом родилось 20 новорожденных. Из них с оценкой по шкале Апгар 8-10 баллов 3 ребенка – 15%, 6-7 баллов 16 детей – 80%, < 6 баллов 1 ребенок - 5%.

Клиническими проявлениями патологии в раннем неонатальном периоде явились перинатальное поражение головного мозга 60,5%, неврологическая симптоматика в виде гипервозбудимости или угнетения (74,7%), мышечная гипотония или гипертонус (74,7%), диабетическая фетопатия в виде диспропорционального телосложения (маленькая относительно туловища голова, широкий плечевой пояс, большой живот, короткие конечности, маленькие кисти и стопы) - 15,6%. При чем достоверных различий в состоянии новорожденных в зависимости от метода родоразрешения не выявлено.

Изменения со стороны ЦНС новорожденного, которые описывались как церебральная ишемия I-II степени явились ведущими неспецифическими проявлениями. Частота такой симптоматики составила 54%.

Число новорожденных от пациенток основной группы с максимальной убылью массы тела в раннем неонатальном периоде 5-7 % от исходной при рождении составило 31,6 %. Данный показатель менее 3 % был диагностирован у 68,4 % новорожденных соответственно.

Число детей с неосложненным периодом неонатальной адаптации составило 25,3%.

Домой в удовлетворительном состоянии были выписаны 63,2 % новорожденных. Переведено в ГКБ №20 ДСО № 3 – 20,4%, в ГКБ №1 реанимационное отделение – 16,4%.

В настоящее время возраст всех обследованных детей находился в пределах 1,5-2 лет и составил в среднем $1,7 \pm 0,3$ года.

При анализе прибавки массы тела по месяцам было выявлено, что за первые пять месяцев жизни 30% детей набрали больше физиологической нормы на 750 ± 200 г, за год жизни избыточную массу тела имели 60% детей, избыток массы составил $32 \pm 17\%$ от физиологической массы. Прибавка роста была согласна возрастной нормы.

На естественном вскармливании находились 84,2% детей, на искусственном – 15,8%. Прикормы в виде сока, овощного пюре, каш, рыбы дети получали вовремя. Фруктовое, мясное пюре вводилось на 0,5-1 месяц позже положенного срока, творог, желток - на 1,5-3 месяца. Растительное, сливочное масло получали только 15,2% детей. Коровье молоко получали 31,5% исследуемых детей.

При анализе исследования осмотров узкими специалистами было выявлено, что ожирение I степени было выставлено 10,5% детей, ожирение II степени – 5,2%. Гипотрофия была выставлена – 10,5%. Повышенное внутричерепное давление имело место в 26,3% случаев, опухоль головного мозга - 5,2%, киста головного мозга - 15,8%. Повышение внутриглазного давления, снижение остроты зрения были выявлены в 5,2% случаев. У 15,8% обследованных детей наблюдался гипотонус мускулатуры конечностей, у 16,2% - гипертонус. Патология со стороны костной системы в виде захождения затылочных швов друг за друга, выпирания лобных бугров была выявлена у 5,2% обследуемых детей.

При оценке психомоторного развития выявлено, что все дети вовремя начали держать голову. Поворачиваться с живота на спину 37,2% детей смогли с опозданием в 1 месяц. Смеяться, сидеть, ползать все дети начали в срок. Ходить по общепринятым стандартам начали 26,3% детей, говорить – 21%.

При исследовании внутренних органов патологии выявлено не было.

Лабораторные показатели детей в пределах возрастной нормы.

Выводы: Таким образом, ранний неонатальный период у новорожденных от матерей с гестационным сахарным диабетом, характеризуется неблагоприятным течением. В этот период наблюдаются перинатальное поражение головного мозга, неврологическая симптоматика в виде гипервозбудимости или угнетения, мышечная гипотония или гипертонус, диабетическая фетопатия, изменения со стороны ЦНС новорожденного в виде церебральной ишемии I-II степени.

Период раннего детства также протекает с осложнениями. Выявляются повышенное внутричерепное давление, опухоли, кисты. Нарушения со стороны органов зрения – повышенное внутриглазное давление, снижение остроты зрения; со стороны костной системы – захождение затылочных швов друг на друга, выпирания лобных бугров. В этот период сохраняется неврологическая симптоматика в виде гипертонуса или гипотонуса мышц конечностей. Выявляются нарушения прибавки тела, наблюдается как ожирение различной степени выраженности, так и гипотрофия. Дети отстают по многим показателям в психомоторном развитии.

Все вышеизложенное указывает на необходимость проведения комплексной диагностики и коррекции возможных осложнений у пациенток группы риска по развитию гестационного сахарного диабета до беременности с целью снижения частоты осложнений беременности, перинатальной и ранней детской заболеваемости.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бериханова Р.Р., Хрипунова Г.И. Особенности течения беременности и родов у пациенток с ожирением //Акушерство и гинекология. –2007. - №6. – С. 9-12.
2. Лукна Н.Н. Диагностическое и прогностическое значение определения плацентарного $\alpha 1$ – микроглобулина у беременных с сахарным диабетом и их новорожденных// Автореферат на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – Москва, 2006. – С.30.
3. Ордынский В.Ф., Макаров О.В. Оценка состояния плода у беременных с сахарным диабетом //Акушерство и гинекология. –2005. - №2. – С.28-35.
4. Шабалов Н.П. Неонатология.- Москва, 2006.-1 том. – С.154-178.

УДК 614.2

ПОПУЛЯЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ Г. УЛЬЯНОВСКА И УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Верушкина А. С.

Ульяновский государственный университет

Институт медицины, экологии и физической культуры

Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и общей гигиены

Научный руководитель: д.м.н., проф. Горбунов В. И.

Актуальность проблемы. Понятие качества жизни (КЖ) является важным не только для здравоохранения, но и для всех сфер жизни современного общества, т.к. конечной целью активности всех институтов общества является благополучие человека. Ценность исследования КЖ состоит в возможности интегративно и количественно оценить физическое, психическое, эмоциональное и социальное благополучие человека на основе его субъективного восприятия [5]. Изучение КЖ позволит получить точную информацию о показателях качества жизни индивидуума, группы людей, популяции, благодаря чему можно достоверно оценить КЖ общества в его различных срезах в динамике. Все это дает возможность определить эффективность многочисленных реформ и программ, направленных на повышение уровня благополучия и улучшение качества жизни населения. В России в отдельных регионах проводится изучение КЖ. Популяционное исследование выполнено только в Санкт-Петербурге (С-П). Результаты данной научно-исследовательской работы в дальнейшем по её окончании могут быть использованы в других популяционных исследованиях КЖ, в клинических исследованиях и клинической практике, а также при разработке и оценке эффективности медико-социальных программ в области охраны здоровья населения и в социальной сфере.

Цель исследования: оценить показатели популяционного качества жизни и определить задачи по улучшению КЖ различных групп населения г. Ульяновска и Ульяновской области (УО).

Задачи исследования: изучить состояние КЖ сравнительно у различных групп населения (сельские и городские жители, работающее и неработающее население, пенсионеры, учащиеся и др.); изучить факторы, влияющие на качество жизни в различных группах населения; провести оценку КЖ населения г. Ульяновска и УО в сравнении с другими территориями; представить предложения по улучшению качества жизни отдельных групп населения.

Материалы и методы исследования: изучение данных литературы; опрос, анкетирование; социологический, статистический; метод математической обработки; аналитический; графический; метод мультимедийных технологий. Ведущий метод исследования – анкетирование с использованием опросника SF-36 и 2-х анкет – приложений. Анкета-приложение № 1 позволила получить общую информацию о респондентах (пол, возраст, трудовая занятость, образование, семейный статус, уровень доходов, жилищные условия). Анкета-приложение №2 включила вопросы, касающиеся наличия у респондентов нарушения здоровья, давности заболевания, системной локализации патологического процесса; удовлетворенности респондентов своим здоровьем, жизнью; оценки респондентами своего качества жизни; степени оптимистичности ощущения респондентами своего будущего. Для сравнения полученных нами результатов мы использовали единственное в РФ популяционное исследование качества жизни населения Санкт-Петербурга (С-П) [5].

Полученные результаты. Основная выборка включила 717 жителей г. Ульяновска и области в возрасте от 16 до 93 лет, в том числе 58% женщин и 42% мужчин; 72% составляют жители города, 28% - жители сельской местности. Среди респондентов жители до 40 лет составили 53,5%, старше 40 – 46,5%. Средний возраст выборки – 38,8 лет. Доля работающих или занятых составила 65%. Процент безработных составил 4,2%, что достоверно не отличается от аналогичного показателя для С-П, который составил – 3,9%. Средний возраст безработных г. Ульяновска и области – 30 лет. По данным Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Ульяновской области за 2006 год уровень зарегистрированной безработицы – 3,5%. Среди исследованных преобладали работники преимущественно умственного труда (36%), легкого и среднего физического труда (18,8%). По результатам анкетирования, среди населения нашей области преобладают граждане со средним специальным образованием (35%), в С-П – граждане с высшим образованием (34,6%). В С-П граждан с высшим образованием достоверно в 1,4 раза больше (34,6%), чем в нашей области (24%) ($p<0,05$). В сельской местности Ульяновской области граждан с высшим образованием (17%) в 1,6 раза меньше, чем среди жителей города (27%) ($p<0,05$). 24% сельских жителей имеют неполное среднее образование. Граждане, состоящие в браке, по нашей области и по С-П составляют более 50%. Однако достоверные различия отмечаются в категории разведенные: по С-П доля разведенных (11,6%) в 1,8 раза больше, чем в Ульяновской области (6,3%) ($p<0,05$). Жители г. Ульяновска и области имеют преимущественно средний уровень доходов (53%); жители С-П – преимущественно низкий (52,6%). Доля населения С-П с крайне-низким уровнем доходов (14,9%) достоверно в 1,2 раза выше, чем в Ульяновской области (12%) ($p<0,05$). Среди респондентов существенно преобладали категории населения, имеющие отдельную квартиру в городе (70%) или собственный дом в сельской местности (43%).

Согласно структуре опросника SF-36 имеется восемь показателей качества жизни: физическое функционирование (ФФ), ролевое физическое функционирование (РФФ), телесная боль (Б), общее состояние здоровья (ОЗ), жизненная активность (Ж), социально функционирование (СФ), ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ), психическое здоровье (ПЗ). Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100 баллами, где 100 баллов представляет полное здоровье. По всем показателям внутри выделенных групп мы вывели среднее значение. В сравнении с С-П отмечается относительно одинаковое распределение значений шкал опросника (ФФ: С-П – 79,6 балла (б), УО – 79,5б; Б: С-П – 66,4б, УО – 66,5б; Ж: С-П – 56,2б, УО – 57б; ПЗ: С-П – 58б, УО – 61б), за исключением шкал ОЗ (С-П – 54,1б, УО – 59б) и СФ (С-П – 68б, УО – 73б), которые достоверно выше у населения Ульяновской области ($p<0,05$); и показателей ролевого функционирования (РФФ: С-П – 64,9б, УО – 61б; РЭФ: С-П – 66,5б, УО – 63б), которые достоверно выше у населения С-П ($p<0,05$). Как для жителей нашей области, так и для населения С-П самые высокие значения показателей качества жизни наблюдаются по шкале ФФ (79,5 и 79,6б соответственно). Самые низкие показатели для населения С-П получены по шкале ОЗ (54,1б), а для жителей Ульяновской области по шкале Ж (56,2б). Среди населения УО показатели Ж (мужчины (м) – 61б; женщины (ж) – 54б) и ПЗ (м – 66б; ж – 58б) у мужчин достоверно выше, чем у женщин ($p<0,05$). Остальные показатели качества жизни у мужчин и женщин достоверно не различаются (ФФ: м – 82б; ж – 78б; РФФ: м – 62б; ж – 61б; Б: м – 70б; ж – 64,5б; ОЗ: м – 66б; ж – 58б; СФ: м – 74б; ж – 72б; РЭФ: м – 65б; ж – 61б). Для населения С-П параметры качества жизни у мужчин выше, чем у женщин по всем шкалам опросника ($p<0,05$) (ФФ: м – 83,7б; ж – 76,5б; РФФ: м – 70,5б; ж – 60,7б; Б: м – 69,4б; ж – 64,2б; ОЗ: м – 57,5б; ж – 51,6б; Ж: м – 60,1б; ж – 53,3б; СФ: м – 71,6б; ж – 66,7б; РЭФ: м – 70,9б; ж – 63,3б; ПЗ: м – 61,6б; ж – 55,2б). При сравнении КЖ городского и сельского населения УО получили, что параметры КЖ горожан выше по всем шкалам (ФФ: городские жители (гж) – 82,5б, сельские жители (сж) – 72б; РФФ: гж – 66б, сж – 49б; Б: гж – 70б, сж – 58,5б; ОЗ: гж – 62б, сж – 53б; Ж: гж – 59б, сж – 51б; СФ: гж – 74б, сж – 70б; РЭФ: гж – 67б, сж – 53б; ПЗ: гж – 63б, сж – 57б). Однако, статистически значимые отличия выявлены для шкал – ФФ, РФФ, Б, ОЗ, Ж, РЭФ ($p<0,05$). По абсолютным значениям показателей КЖ их величина внутри следующих социальных групп изменяется по убыванию в последовательности: на 1-м месте по КЖ находится группа учащихся, студентов (среднее значение показателей по всем шкалам опросника – 79б); на 2-м месте – работающие (67,3б) и безработные (68,4б); на 3-м месте – пенсионеры (38,6). У работающих и студентов самые низкие значения КЖ определяются по шкалам жизненная активность или жизнеспособность (58 и 70б соответственно) и ОЗ (61 и 69б соответственно); у безработных – по вышеназванным шкалам (Ж – 58б, ОЗ – 59б) и по шкале ПЗ (58б). Относительно образования, на 1-м месте по абсолютным значениям показателей КЖ граждане со средним образованием (71,3б) (средний возраст (СВ) – 31 год); 2-е место разделили граждане со средним специальным (65б) и высшим образованием (65,2) (СВ – 39 лет); на 3-м месте респонденты с неполным средним образованием (48б) (СВ – 60 лет). Что касается семейного статуса, то здесь по абсолютным значениям показателей КЖ 1-е место занимает категория – холостые (74б) (СВ – 23 года); на 2-м месте – семейные (63б) (СВ – 44 года); на 3-м месте – разведенные (61б) (СВ – 41 год); на последнем – овдовевшие (44б) (СВ – 66 лет). По большинству показателей КЖ можно проследить закономерность их повышения с повышением уровня доходов (низкий уровень доходов – 63б, средний – 66б, выше среднего – 69б), за исключением показателя ОЗ (низкий уровень доходов – 56б, средний – 61б, выше среднего – 61б). При изучении возрастной динамики показателей КЖ населения г. Ульяновска и области, мы отметили их достоверное снижение с возрастом.

Наша 3 дополнительная анкета включала вопросы, касающиеся непосредственно наличия у респондентов нарушения здоровья. Из опрошенных, только 35% отрицали у себя наличие нарушения здоровья, из них 83% это респонденты мужского пола. У 35% имеющаяся патология появилась более 10 лет назад. 10% респондентов не обращались по поводу своего нарушения здоровья к врачу, из которых 65% - респонденты мужского пола; причем у 50% не обращавшихся к врачу патология появилась от 2 до 10 лет назад. Сердечно-сосудистая патология среди респондентов составила 32%, патология со стороны ОДА – 17%, со стороны ЖКТ – 14%. В связи с имеющимся нарушением здоровья 43% респондентов

выполняют рекомендации врача, 33% находятся на диспансерном учете, 33% - периодически проходят стационарное лечение. В основном удовлетворены своим здоровьем 30% респондентов; 20% в основном не удовлетворены; 9% - очень не удовлетворены. Сами респонденты свое качество жизни оценивают следующим образом: 40% считают его в основном хорошим; для 34% оно ни плохое, ни хорошее; 2,5% оценивают свое качество жизни как очень плохое. 40% респондентов своей жизнью в основном удовлетворены; 9% - в основном не удовлетворены. На вопрос – насколько оптимистично Вы ощущаете свое будущее – 5% ответили – совсем нет; 12% ощущают предельно сильно; 54% ответили – среднее.

Выводы. Отношение сегодня к понятию, исследованию качества жизни человека весьма неоднозначно. Одни в силу своих консервативных взглядов не готовы и не успевают за столь интенсивным и многосторонним развитием науки. Другие не уделяют должного внимания субъективной оценке жизни, здоровья человека, отводя главную роль при исследовании населения объективному обследованию. В настоящее время, в условиях многочисленных реформ и программ, направленных на улучшение благополучия жизни людей, изучение качества жизни приобретает особую важность, так как исследование качества жизни является недорогостоящим, массовым, информативным, технически простым методом оценки благополучия человека. Проведенное нами исследование не является законченной работой, а представляет собой один из этапов в изучении популяционного качества жизни населения г. Ульяновска и Ульяновской области. И на данном этапе исследования мы можем сделать следующие предварительные выводы по результатам работы. 1. КЖ населения г. Ульяновска и области превышает таковое населения С-П по двум показателям – социальное функционирование и оценка общего здоровья; и КЖ населения С-П превышает КЖ ульяновцев по двум показателям – РФФ и РЭФ. Остальные показатели КЖ находятся примерно на одном уровне. 2. У населения УО снижены жизненная активность, общий показатель положительных эмоций, снижены показатели ролевой деятельности, характерна низкая оценка своего здоровья. На очень низком уровне находятся показатели КЖ пенсионеров. 3. На относительно высоком уровне у респондентов среди показателей психологического компонента здоровья находится показатель социального функционирования или показатель социальных контактов, общения. У мужчин нашей области показатели Ж и ПЗ выше, чем у женщин. КЖ городских жителей практически по всем шкалам превышает КЖ сельчан, за исключением шкал СФ и ПЗ. 4. С возрастом отмечается достоверное снижение показателей качества жизни, связанных как с психическим, так и с физическим здоровьем.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Архангельская Е.Ф. Проблемы здоровья и здравоохранения // Здравоохранение РФ. – 1997. - №4. – С. 23 - 25.
2. Возженникова Г.В., Горбунов В.И., Никифоров Д.А. Медицинская статистика: Учебно-методическая разработка для самостоятельной работы студентов. – Ульяновск: УлГУ, 2000. – 32 с.
3. Копнов В. Принципы качества жизни // Стандарты и качество. – 2003. - №2. – с. 37 – 41.
4. Лаврова И.Г., Сырцова Л.Е., Николаев О.К. Оценка достоверности результатов исследования: Учебное задание. – Москва, 1984. – 22 с.
5. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. - СПб.: Издательский Дом «Нева»; М.: «ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир», 2002. – 320 с.
6. Щепин О.Г., Медик В.А., Стародубов В.И. Изучение здоровья населения на современном этапе общества // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. – №5. – с. 3 – 6.

УДК 615.1:339.138

МАРКЕТИНГОВЫЙ АНАЛИЗ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОЙ КОРЗИНЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ

Владимиренко Е. Н.

*Курский государственный медицинский университет
Кафедра управления и экономики фармации*

Научный руководитель: к. ф. н., доц. Олейникова Т. А.

Актуальность. Основными показателями, характеризующими уровень жизни населения, являются: денежные доходы в среднем на одного человека; среднемесячная заработная плата одного работника; средний размер назначаемых месячных пенсий; прожиточный минимум в среднем на одного человека; численность населения с денежными доходами ниже прожиточного минимума, стоимостная оценка потребительской корзины (ПК). ПК – это минимальный набор (в натуральном выражении) продуктов питания, непродовольственных товаров и услуг, необходимых для сохранения здоровья человека и обеспечения его жизнедеятельности [4]. Важность расчета ПК состоит в том, что на ее основе вычисляется величина прожиточного минимума, которая является индикатором, позволяющим оценить уровень жизни населения, обосновать величину минимального размера оплаты труда, сформировать федеральный бюджет. Социальная функция, выполняемая ПК, заключается в отслеживании роста цен на те товары и услуги, которые в ней содержатся, причем именно в той пропорции, которая задана ее структурой. Это существенно влияет на такие параметры, как официальные показатели инфляции, от которых зависит индексация социальных выплат, уровень бедности [1, 3].

Целью настоящего исследования является проведение маркетингового анализа ПК лекарственных средств (ЛС) и изделий медицинского назначения (ИМН).

Задачи исследования: изучение нормативно-законодательной базы по формированию ПК в России; анализ состава ПК ЛС и ИМН по фармакотерапевтическим группам; определение стоимости ПК ЛС и ИМН по состоянию на 2008 г.; сравнительный анализ стоимости ПК ЛС и ИМН в 2008 г. с предыдущими периодами (1997 г., 1999 г.).

Методы исследования: структурный анализ, сравнительный анализ, средних величин.

Результаты исследования. В ходе изучения законодательной базы, регламентирующей формирование ПК и прожиточного минимума в РФ, установлено, что в соответствии с Федеральным законом №44-ФЗ от 31.03.06 «О потребительской корзине в целом по РФ» в состав ПК входит группа товаров «предметы первой необходимости, санитарии и лекарства», на долю которой отводится 10,0% от общей стоимости ПК [4]. Однако конкретный перечень товаров данной группы не приводится. В 1999г. учеными Курского государственного медицинского университета по результатам маркетинговых исследований потребительских предпочтений семей и экспериментально установленных закономерностей в потреблении медицинских и фармацевтических товаров предложен состав ПК ЛС и ИМН. Авторы определяют его как минимальный набор ЛС и ИМН, необходимый для оказания самопомощи при наиболее распространенных случаях нарушения здоровья,

не требующих медицинских консультаций, которые могут быть устранены самим населением при определенных знаниях самолечения [2]. Учитывая, что при расчете ПК используют наиболее низкие цены, в корзину ЛС и ИМН были включены только товары отечественного производства в дозировке, фасовке и лекарственных формах, пользующихся наибольшим спросом у семей-потребителей.

Предложенный ассортимент ПК представлен 18 ЛС и 4 ИМН (таблица 1).

Таблица 1

Результаты стоимостного анализа ПК ЛС и ИМН за 2008 г.

Наименование ЛС	Стоимость одной упаковки, руб.	Среднее кол-во упаковок в составе ПК	Стоимость упаковок в составе ПК, руб.
Аскорбиновая кислота, драже № 200	25,20	0,5	12,60
Анальгин, таб. №10	4,45	1	4,45
Аспирин, таб. №10	3,15	1	3,15
Бинт 7х14	9,20	1,5	13,80
Бромгексин, таб. № 10	3,65	0,5	1,83
Вата 100,0	18,32	1,5	27,48
Валидол, таб. № 10	5,72	1	5,72
Викаир, таб. № 10	10,12	0,2	2,02
Димедрол, таб. № 10	8,15	2	16,30
Спиртовой раствор йода 10 мл	12,15	0,2	2,43
Кальция глюконат таб. № 10	2,36	0,5	1,18
Каффетин, таб. № 10	70,70	1	70,70
Корвалол, кап.	11,60	0,5	5,80
Лейкопластырь бактерицидный 7х14	1,90	2	3,80
Мукалтин, таб. № 10	15,00	0,3	4,50
Нафтизин, кап. В нос 10 мл	14,15	0,2	2,83
Парацетамол, таб. № 10	8,20	0,2	1,64
Ревит, драже № 100	17,40	0,2	3,48
Уголь активированный, таб. № 10	6,25	3	18,75
Цитрамон, таб. № 10	3,70	2	7,40
Шприц одноразовый, 5мл	2,80	2	5,60
Итого:	—	—	215,46

По фармакотерапевтическим группам лекарственные препараты распределились следующим образом:

- 1) анальгетирующие, жаропонижающие, противовоспалительные (анальгин, ацетилсалициловая кислота, каффетин, цитрамон, парацетамол) – 27,7%;
- 2) средства для лечения респираторных заболеваний (бромгексин, асцитин, нафтизин) – 16,6%;
- 3) химиотерапевтические средства (ампицилин тригидрат) – 5,6%;
- 4) средства для лечения желудочно-кишечного тракта (викаир, уголь активированный) – 11,1%;
- 5) витамины (аскорбиновая кислота, ревит) – 11,1%;
- 6) седативные средства (валидол, корвалол) – 11,1%;
- 7) антигистаминные средства (димедрол) – 5,6%;
- 8) средства для коррекции метаболических процессов (кальция глюконат) – 5,6%;
- 9) антисептические средства (спиртовой раствор йода) – 5,6% [2].

Стоимость ПК ЛС и ИМН в ценах 1997г. составляла 26,45 руб., в ценах 1999г. – 62,62 руб. По состоянию на 2008 г. стоимость аналогичной ПК ЛС и ИМН составила 215,46 руб. В ходе сравнительного анализа установлено, что стоимость ПК за 11 лет возросла в 8,1 раза, что не соответствует уровню инфляции в стране за данный период времени. Данный факт свидетельствует о не пропорциональном росте цен на ЛС по сравнению с ценами на другие группы потребительских товаров, что связано с ценовой политикой государства в отношении товаров первой необходимости.

Было выявлено, что стоимость ПК в целом по РФ в 2008г. составила 2653,00 руб., а на группу «предметы первой необходимости, санитарии и лекарства» приходится 10,0% от общей ее стоимости, в стоимостном выражении данная группа товаров в составе ПК РФ составляет 265,30 руб. Исходя из этого ассчитанная величина стоимости ПК ЛС и ИМН в ценах 2008г. на 49,84 руб. (18,8%) меньше суммы денежных средств включаемых в состав ПК РФ на данную статью расходов. В связи с тем, что в перечень товаров «предметы первой необходимости, санитарии и лекарства» в реальной ситуации входит не только установленная номенклатура ЛС и ИМН, но и другие медицинские и фармацевтические товары, то выделяемая по данной статье сумма денежных средств не является достаточной для оказания доврачебной медицинской помощи и полноценного лечения многих острых и хронических заболеваний в домашних условиях.

Выводы. Следовательно, в структуре ПК РФ необходимо увеличить долю затрат, планируемых на приобретение предметов первой необходимости, санитарии и лекарств; включить в состав ПК ЛС и ИМН современные и более дорогостоящие, но эффективные и безопасные для здоровья людей ЛС.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бобков В.Е. Уровень социального неравенства // Экономист. -2006. - №3. - С. 59-63.
2. Дремова Н.Б., Олейникова Т.А. Маркетинговые исследования потребительских предпочтений семей на региональном рынке лекарств // Новая аптека. - 2000. - №4. С. 38-51.
3. Уровень и качество жизни россиян в начале XXI века // Уровень жизни населения регионов России. – 2003. - №5. - С.9.
4. Федеральный закон от 31 марта 2006 г. №44-ФЗ «О потребительской корзине в целом по РФ».

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА РАЗЛИЧНЫХ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПРИШЕЕЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ**Власова М. И.***Уральская государственная медицинская академия
Кафедра пропедевтики и физиотерапии стоматологических заболеваний***Научный руководитель: к.м.н., доц. Мандра Ю. В.**

С каждым годом на рынке стоматологической продукции появляются новые реставрационные материалы и технологии. Современные композиты, имея достаточную прочность к окклюзионной нагрузке, позволяют сохранить полировочный блеск реставрации в течение длительного времени, воспроизвести анатомические особенности, цветовые нюансы и прозрачность твердых тканей зуба [2,4,5]. Однако существует множество клинических ситуаций, когда мы не можем воспользоваться композиционными материалами для эстетико-функциональной реставрации: быстротекущий кариозный процесс, кариес в зубах с незавершенной минерализацией, порочно развитыми твердыми тканями зуба. Проблема лечения кариеса, некариозных поражений пришеечной локализации, кариеса корня также требует использования альтернативных материалов. Материалами выбора в таких случаях являются стеклоиономерные цементы (СИЦ) и компомеры [3]. Преимуществами СИЦ становятся химическая адгезия к эмали и дентину, выделение фтора в окружающие ткани зуба, биологическая совместимость, низкая полимеризационная усадка или ее отсутствие, близкий зубу коэффициент термического расширения, низкий модуль упругости (эластичность) и другие свойства. Главными недостатками при этом выступают низкая прочность по сравнению с композитами и недостаточная эстетичность – отсутствие полировочного блеска поверхности. Преимуществами же компомеров являются простота и скорость работы, превосходные рабочие свойства и адаптация в полости рта, уменьшенное полимеризационное напряжение, гладкая поверхность и простота финишной обработки, сочетание компенсационной усадки и кариостатического действия, характерные для стеклоиономеров, с прочностью и эстетикой композитов [1,3].

Цель нашего исследования – клинико-экспериментальная сравнительная оценка эффективности применения гибридного стеклоиономерного цемента Vitremer, наноуполненного стеклоиономерного цемента Ketac N-100, компомера Dyract eXtra для реставрации кариозных дефектов пришеечной локализации

Материал и методы исследования. Материалом для экспериментального исследования служили образцы 10 зубов (20 образцов) пациентов, проживающих в Уральском регионе и имеющих кариозные полости пришеечной локализации, удаленных по ортопедическим и ортодонтическим показаниям. После снятия налета кариозные полости подвергались препарированию с использованием турбинного наконечника, алмазных боров под водяным охлаждением. Затем проводилось пломбирование полостей материалами Ketac N-100 (4 зуба), Dyract eXtra (3 зуба), Vitremer (3 зуба). Изготавливались продольные шлифы через пломбированные поверхности.

Исследование продольных сечений зубов, а также исследование структуры гибридной зоны проводилось на электронно-зондовом микроанализаторе SX 100 (фирма Camexa).

Электронная микроскопия и электронно-зондовый рентгенофлуоресцентный микроанализ выполнены на базе лаборатории физико-химических методов исследования Института геологии и геохимии УрО РАН (руководитель - член-корреспондент РАН, д.г.-м.н. Вотяков С.Л., г. Екатеринбург).

Клиническое обследование и лечение проводилось на базе МСП УГМА у 62 соматически сохраненных больных в возрасте от 18 до 30 лет с пришеечной локализацией кариозных полостей (V класс по Блеку). Обследование включало расспрос, осмотр, зондирование, перкуссию, термопробу, определение уровня резистентности зубов к кариесу (методика В.Б. Недосеко), оценку гигиенического состояния полости рта (индекс OHI-S), определение состояния жизнеспособности пульпы аппаратом ОСП (Аверон), компьютерное определение цвета на аппарате Vita Easy Shade.

Комплексное лечение пациентов предусматривало обучение правильной чистке зубов и контроль гигиены полости рта, подбор индивидуальных средств гигиены, профессиональную гигиену полости рта, а также пломбирование дефектов пришеечной локализации. Методом случайной выборки больные были разделены на 3 группы. В первой исследуемой группе в качестве пломбировочного материала применяли наноуполненный гибридный СИЦ Ketac N-100/3M ESPE, во второй использовали традиционный гибридный СИЦ Vitremer/3M ESPE, в третьей – компомер Dyract eXtra. Всего было наложено 95 пломб. В 63 зубах (66,15%) диагностировали средний кариес, в 32 зубах (33,85%) – глубокий.

Клинически полноценность пломб определяли в соответствии с «Методикой сравнительной оценки» Д.М.Каральника-А.Н.Балашова и «Системой оценки качества реставраций» И.М. Макеевой [2]. Оценку пломб проводили в сроки 1 неделя, 1, 6, 12 месяцев после реставрации. Во все сроки наблюдения оценивалось соответствие цвета пломбы тканям зуба визуально, а также с применением спектрофотометра Vita Easy Shade по шкале VITAPAN Classic, электрометрия границы пломбы с твердыми тканями зуба.

О качестве пломб судили по клиническим и эстетическим критериям. Отмечали сохранность пломбы, витальность зуба, качество контактных пунктов, состояние краевого прилегания, наличие рецидива кариеса, явления гингивита в области десневого сосочка, наличие гиперестезии зуба. Из эстетических параметров – нарушение цветовой гаммы, изменение рельефа, отсутствие «сухого блеска», а также наличие пигментации по краю пломбы. Общая оценка клинических и эстетических параметров определила удовлетворительные (среди них – «отличные», «хорошие», «удовлетворительные») и неудовлетворительные пломбы.

Достоверность полученных результатов была оценена методом Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение. Особенности микроструктуры образцов по данным электронной микроскопии. В образцах зубов исследованы основные зоны, хорошо выделяющиеся визуально и представляющие наибольший интерес в связи с происходящими в них изменениями при пломбировании: эмаль, дентин, пломба, а также область взаимодействия тканей зуба и пломбировочного материала (гибридный слой). Компомер – пломбировочный материал со свойствами композитов (Dyract eXtra) - характеризуется более однородной и мелкозернистой структурой по сравнению с СИЦ. Гибридная зона при использовании компомера Dyract eXtra имеет толщину до 50 мкм. Наноуполненный СИЦ Ketac 100 имеет достаточно однородную структуру с выраженными следами отверждения цемента; отмечаются отдельные включения сферической формы размером до 30 мкм. Толщина зоны гибридации – 70-80 мкм. Структура традиционного

СИЦ Vitremer крайне неоднородна, на поверхности видны отдельные «осколочные» фрагменты, включения большого размера (до 70 мкм), от которых расходятся трещины. На изображении четко видна область между пломбой и зубными тканями толщиной до 150 мкм, наличие которой обусловлено нанесением кислотного праймера.

Результаты клинического исследования. Анализируя полученные данные клинической оценки пломб, выявлено, что наилучшие результаты получены через неделю и через месяц после пломбирования - 100% сохранность пломб во всех исследуемых группах. При оценке пломб из СИЦ Vitremer состояние было оценено уже через 1 неделю только как «хорошее», и «удовлетворительное» в связи с потемнением пломб.

Через полгода наблюдения отмечено уменьшение количества отличных пломб, появление хороших, удовлетворительных пломб, нуждающихся в коррекции, во всех исследуемых группах, а также пломб неудовлетворительного качества. Наибольшее количество неудовлетворительных результатов (до 15%) наблюдалось в группе, где пломбировали СИЦ Vitremer. Неудовлетворительное качество пломб было связано не только с изменением цвета, но и с изменением анатомической формы (отколы), нарушением краевого прилегания. Данные клинической оценки были подтверждены показателями электрометрии, которые также возросли ($3,54 \pm 0,03$ мкА) и достоверно отличались от показателей в других исследуемых группах.

Через год наибольшее число неудовлетворительных результатов также наблюдалось при пломбировании Vitremer (до 26%) у пациентов как со средним, так и с низким уровнем резистентности. Неудовлетворительные результаты были связаны не только с изменением цвета, анатомической формы (отколы), нарушением краевого прилегания, но и с выпадением пломбы, возникновением рецидивирующего кариеса. Наименьшее количество отрицательных результатов во все сроки наблюдения отмечалось в группах больных, где в качестве пломбировочных материалов использовали Ketac N-100 и Dyract eXtra. По-видимому, это связано с активным выделением фторидов из материалов и хорошим качеством гибридной зоны и поверхности пломбы, что подтверждено данными эксперимента. Средние показатели краевой проницаемости в этих группах больных были в пределах $0,98-1,37 \pm 0,02$ мкА через год наблюдения.

Во все сроки наблюдения при определении соответствия цвета пломбы тканям зуба с применением аппарата Vita Easy Shade выявлено полное совпадение цветовых оттенков применяемого материала показаниям прибора у материалов Dyract eXtra и Ketac N-100. Случаев снижения качества пломбы вследствие выявленного дисколорита не наблюдалось.

Результаты проведенного клинко-экспериментального исследования позволили сделать следующие выводы.

Выводы:

1. Результаты проведенного экспериментального методом электронной микроскопии свидетельствуют о высоком качестве гибридации, однородности структуры материалов Dyract eXtra и Ketac N-100 по сравнению с гибридным СИЦ Vitremer.
2. В результате клинического исследования по сравнению с гибридным СИЦ Vitremer были выявлены эстетические преимущества, улучшение сохранности пломб из наноуполненного Ketac N-100 и компомера Dyract eXtra (цветопередача, полируемость) в течение года наблюдения.
3. Полученные клинко-экспериментальные данные позволяют рекомендовать наноуполненные СИЦ (Ketac N-100) и компомеры (Dyract eXtra) и для восстановления кариозных дефектов пришеечной области.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дубова М.А. Расширение возможностей эстетической реставрации зубов. Наноккомпозиты. Учебное пособие [Текст]/ М.А.Дубова, А.В.Салова, Ж.П.Хиора.- Санкт-Петербург, 2005.- 144 с.
2. Макеева И.М. Отдаленные результаты восстановления фронтальных зубов композитными материалами светового отверждения [Текст]/ И.М.Макеева, Г.Н.Шелеметьева, А.Ю.Туркина// Стоматология, 2002, № 5. - с.41-44.
3. Николаев А.И. Практическая терапевтическая стоматология. Учебное пособие [Текст]/ А.И.Николаев, Л.М.Цепов.- М., Медпресс-информ, 2007. - 928 с.
4. Чиликин В.Н. Новейшие технологии в эстетической стоматологии [Текст]/ В.Н.Чиликин. -М.: Медпресс-информ, 2004. -96 с.
5. Шмидседер Д. Эстетическая стоматология. Атлас [Текст]/ Д.Шмидседер. -М.: Медпрессинформ, 2004. -320 с.

УДК: 612. 79-613. 165. 6-092.9

ИЗМЕНЕНИЕ В КОЖЕ КРЫС УРОВНЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО БЕНЗОДИАЗЕПИНОВОГО РЕЦЕПТОРА И ОКСИДА АЗОТА ПРИ ДЕЙСТВИИ УФ-ИЗЛУЧЕНИЕМ

Волкова А. В., Кибальчич А. И., Кельберг В. Г.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра патологической физиологии*

Научные руководители: д.м.н. Рукша Т. Г., к.м.н., асс. Зобова С. Н.

Вопрос о действии УФ облучения на кожу и на сегодняшний день остается открытым, так как отмечается увеличение числа пациентов со злокачественными опухолями кожи, в связи с чем остается необходимым дальнейшее изучение действия УФ на молекулярном уровне. По литературным данным действие УФ носит двоякий эффект. Положительным является его пигментообразующее: под влиянием УФ-излучения из аминокислоты тирозина образуется меланин, который является защитным средством организма от избыточного УФ-излучения; бактерицидное, максимум которого приходится на длину волны 245 нм; общестимулирующее: связано со способностью УФ-излучения возбуждать атомы, тем самым повышая их реакционную способность; антирахитическое: под влиянием УФ-излучения из 7,8-дегидрохолестерина синтезируется витамин D3 (холекальциферол). Отрицательными моментами являются активация перекисного окисления липидов, которое приводит к гибели клеток; избыточное УФ-облучение (УФО) в диапазоне волн длиной 280-200 нм приводит к инактивации холекальциферола; образование мутаций и индукция чешуйчато-клеточного рака кожи, особенно у людей со светлой кожей. [1]

Периферический бензодиазепиновый рецептор (ПБР) является внутриклеточным белком с преимущественной локализацией на митохондриальной мембране, который экспрессируется практически во всех органах и тканях. Было обнаружено, что под воздействием ультрафиолетового излучения ПБР обладает способностью к полимеризации, что сопровождается изменениями его функционирования. Помимо этого, были выявлены убедительные доказательства участия

периферических бензодиазепиновых рецепторов в регуляции клеточной пролиферации и апоптоза [2],[3]. Известно также, что лиганды ПБР обладают способностью модулировать уровень оксида азота, осуществляя, тем самым, противовоспалительное действие.

Цель исследования: определение изменения уровня ПБР и оксида азота у крыс после воздействия УФО.

Методика: для написания данной работы было взято 20 крыс весом 300-400 гр. Они были разделены на 3 группы: группа контроля – 6 крыс, I группа – 7 крыс, II группа – 7 крыс. Производилось удаление волосяного покрова. Далее крысы групп I и II были подвергнуты облучению источником УФО 2 раза в неделю в течении 4х недель. Время облучения для I группы 20 секунд соответствовало дозе 200 кДж/м², для II группы 60 секунд – 600 кДж/м². Через 2 недели у группы контроля были взяты биоптаты кожи, размером 1,5-2 см. У I и II групп через 4 недели. Биопсия проводилась под местной анестезией – 2% раствор лидокаина, введение подкожно. Далее образцы фиксировались в 10% растворе формалина.

Через 2 недели у группы контроля было произведено взятие периферической крови в количестве 3 мл для определения уровня оксида азота. У I и II группы через 4 недели. Взятие было произведено путем рассечения сонной артерии. К полученной крови был добавлено по 60 мкл гепарина, далее образцы были помещены в центрифугу: 1000 оборотов – 5 минут. После чего был произведен забор плазмы в количестве 1.5 мл. Определение оксида азота производилось по стандартной методике.

Гистологические срезы толщиной до 5 мкм подвергались иммуногистохимическому окрашиванию по стандартному протоколу. Использовались моноклональные антитела к периферическому бензодиазепиновому рецептору. Была произведена инкубация с антителами PBR в разведении 1:300 в течении 1 часа. В дальнейшем использовалась система детекции со вторичными антителами, меченными пероксидазой хрена и диаминобензидин в качестве хромогена, после чего производилось докрасивание образцов гематоксилином. Оценка результатов производилась с помощью микроскопа Olympus BX-41 и компьютерной программы Infinity Software. Оценивалось количество положительно окрашенных клеток на 100 клеток эпидермиса.

Результаты. По сравнению с контрольной группой, в I группе отмечается повышение уровня оксида азота в периферической крови на 28%, а в II группе на 18% (табл. 1)

Таблица 1

Уровень оксида азота в периферической крови при воздействии УФО

Контроль	I группа	II группа
6,77 ±0,97	8,68±1,40	8,03±1,83

При иммуногистохимическом окрашивании ПБР определялся в эпидермисе в кератиноцитах, также регистрировался в сальных железах. Число ПБР+ клеток в I группе составило 56, что по сравнению с контролем, ниже на 15%. Число PBR положительных клеток во II группе составило 63, что, по сравнению с контролем, ниже на 5% (табл. 2).

Таблица 2

Изменение экспрессии ПБР в коже крыс при воздействии УФО

Контроль	I группа	II группа
66	56	63

Выводы: Проведенное исследование позволяет сделать вывод, что индуцируемое воздействием УФО повышение концентрации оксида азота сопровождается снижением уровня ПБР в коже. Таким образом, при развитии окислительно-стресса меняется функционирование ПБР в коже, что может обуславливать изменения выраженности апоптоза и клеточной пролиферации, регулируемые данным белком.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Патфизиология: Учебник для медицинских вузов / Под ред. В.В. Новицкого и Е.Д.Гольдберга. – Томск: Изд-во Том.ун-та,2001.-С. 50 – 51.
2. Рукша Т.Г. Изменение структуры периферического бензодиазепинового рецептора в клетках меланомы кожи после воздействия ультрафиолетовым излучением. Российский онкологический журнал – 2008. - №6. – С. 22-24.
3. Current Pharmaceutical Design/L. Veenman, V. Papadopoulos and M. Gavish/Channel-Like Functions of the 18-kDa Translocator Protein (TSPO): Regulation of Apoptosis and Steroidogenesis as Part of the Host-Defense Response - 2007 – 13, Pp. 2385-2405.

УДК 618.12-003.217:618.177:612.616.31

ЭКСПРЕССИЯ РЕЦЕПТОРОВ ЭСТРОГЕНОВ И ПРОГЕСТЕРОНА В ЭНДОМЕТРИИ ЖЕНЩИН С ПЕРВИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ ПРИ ГИДРОСАЛЬПИКСЕ

Володина К. А., Бендера В. А.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

КГБУЗ «Красноярское краевое патологическое бюро»

НУЗ «Дорожная больница ст. Красноярск», патологоанатомическое отделение

Центр гинекологической эндокринологии и репродуктивной медицины

Кафедра патологической анатомии

Научные руководители: д.м.н., проф. Кириченко А. К., асс. Хоржевский В. А.

Актуальность проблемы. Проблема бесплодия на сегодняшний день остается одной из самых актуальных в гинекологической практике. В структуре бесплодного брака на женскую долю приходится до 50 – 60%, среди многочисленных причин которого ведущее положение занимает трубно – перитонеальный фактор.

Одной из форм трубного бесплодия, связанного с длительно протекающим воспалением в стенке фаллопиевой трубы, является бесплодие при гидросальпинксе. Гидросальпинкс – это состояние трубы, при котором происходит обструкция ее дистального отдела и заполнение просвета жидкостным содержимым.

При наличии гидросальпинкса отмечается снижение как минимум вдвое частоты наступления беременности и двукратное увеличение случаев невынашивания плода.

Эндометрий является гормонально – зависимой тканью, подчиненной циклическому изменению уровня яичниковых гормонов в периферической крови. К настоящему времени имеется множество данных, свидетельствующих об отрицательном влиянии на репродуктивную функцию любых изменений со стороны экспрессии рецепторов стероидных гормонов в слизистой оболочке матки. Между тем, состояние слизистой оболочки матки является определяющим фактором успешной имплантации, так и для развития эмбриона в течение первого триместра.

К настоящему моменту изучены: механизмы трансформации фаллопиевой трубы при гидросальпинксе, влияние содержимого гидросальпинкса на сперматозоиды, ооциты, эмбрион на различных стадиях его развития. Однако до сих пор остаются практически без внимания вопросы влияния гидросальпинкса на основное звено репродуктивного тракта – эндометрий и в частности на экспрессию рецепторов яичниковых гормонов.

Цель исследования – изучение влияния гидросальпинкса на экспрессию рецепторов яичниковых гормонов в эндометрии у женщин с первичным бесплодием.

Задачи исследования:

3. Изучить экспрессию рецепторов эстрогенов в железистом и стромальном компонентах эндометрия при гидросальпинксе.
4. Изучить экспрессию рецепторов прогестерона в железистом и стромальном компонентах эндометрия при гидросальпинксе.
5. Оценить изменения, наблюдаемые в эндометрии после хирургического лечения гидросальпинкса.
6. Провести корреляционный анализ полученных результатов.

Материалы и методы исследования. Вошедшие в исследование женщины различных групп были сопоставимы по возрасту. В исследуемую группу женщин с гидросальпинксом вошли 30 женщин с первичным бесплодием и диагностированным гидросальпинксом, средний возраст которых составил $31,4 \pm 1,59$ лет, давность присутствия гидросальпинкса $18,1 \pm 4,2$ мес. Средний возраст женщин группы контроля составил $29,5 \pm 1,1$ года. Средний возраст группы женщин, которым была выполнена тубэктомия по поводу гидросальпинкса составил $30,5 \pm 1,53$ года, длительность послеоперационного периода $11,2 \pm 5,3$ месяца.

Материал (эндометрий) подвергался фиксации в забуференном 10% нейтральном формалине и обрабатывался по общепринятой методике. Парафиновые срезы стандартной толщины (5,0 мкм) окрашивались гематоксилином и эозином, а также пикрофуксином по Ван-Гизону.

Микроскопическое исследование и фотографирование проводилось с применением светового микроскопа Leica Microsystems DMLB (Germany) (объективы 20, 40, окуляры 10) с цифровой фотокамерой Leica Microsystems AG/DC 300 v.2.0 (Germany).

Каждый из исследуемых показателей определялся в трех полях зрения при увеличении $\times 100$ и в 6 полях зрения при увеличении $\times 400$. Поле зрения при увеличении микроскопа $\times 100$ составило $202459,22 \text{ мкм}^2$, при увеличении $\times 400$ – $11685,37 \text{ мкм}^2$.

Иммуногистохимическое окрашивание проводилось согласно прилагаемому протоколу с применением двухшаговой полимерной системы визуализации «EnVision+Dual Link System – HRP» DAKO Cytomation.

Панель моноклональных специфических антител, использованная в исследовании.

Антитело	Клон	Тип	Изотип	Разведение	pH	Специфичность
ER α *	1D5	MoAb	IgG1, kappa	1:250	6,0	Рецепторы эстрогенов
PR*	PgR636	MoAb	IgG1, kappa	1:100	6,0	Рецептор прогестерона

При иммуногистохимическом исследовании рецепторов эстрогенов и прогестерона отдельно анализировались клетки стромы (отростчатые фибробласты), покровный эпителий и эпителий желез. Определялось общее количество окрашенных клеток стромы и эпителиоцитов. Оценка результатов иммуногистохимического окрашивания, в отношении стероидных рецепторов, выполнялась согласно приведенным методикам. При расчетах учитывалось только ядерное окрашивание.

Расчет проводился по формуле: $\sum P(i) \times I$,

где I = интенсивности ядерного окрашивания: 0 – нет окрашивания, 1 – слабое окрашивание, 2 – умеренное окрашивание, 3 – хорошее окрашивание, 4 – резко выраженное окрашивание, P(i) – процент клеток с соответствующим окрашиванием.

Полученные результаты. Иммуногистохимический анализ экспрессии рецепторов прогестерона и эстрогенов различными структурными компонентами эндометрия позволил выявить ряд изменений возникающих под влиянием содержимого гидросальпинкса.

Таблица

Результаты иммуногистохимического окрашивания эндометрия в отношении рецепторов эстрогенов и прогестерона

Структурный компонент	Уровень экспрессии ER**		
	«ГЦ» (n=30)	После тубэктомии (n=30)	Группа контроля (n=30)
Покровный эпителий	$120,5 \pm 12,4^*/\dagger$	$171,8 \pm 23,4^*$	$216,0 \pm 20,1/\dagger$
Железистый эпителий функционального слоя	$174,3 \pm 18,9^*/\dagger$	$190,5 \pm 22,2^*$	$217,1 \pm 28,4/\dagger$
Стромальные клетки функционального слоя	$164,6 \pm 14,8$	$166,4 \pm 14,1$	$175,1 \pm 23,8$
Покровный эпителий	$51,6 \pm 11,4^*/\dagger$	$88,9 \pm 18,7$	$90,6 \pm 14,9$
Железистый эпителий функционального слоя	$111,8 \pm 11,2$	$112,1 \pm 9,8$	$114,9 \pm 18,7$
Стромальные клетки функционального слоя	$100,6 \pm 15,3^*/\dagger$	$111,26 \pm 17,1$	$109,0 \pm 10,6$

**ER – рецепторы эстрогенов, PR – рецепторы прогестерона. * - $P < 0,05$ в сравнении с группой контроля. Данные приведены в средних значениях $\pm$ стандартное отклонение. $\dagger$ - $P < 0,05$ в сравнении с группой женщин после тубэктомии по поводу гидросальпинкса

Сравнительный анализ экспрессии эстрогеновых рецепторов клетками покровного эпителия показал, что, несмотря на присутствие статистически значимых различий между всеми исследуемыми группами, наименьший уровень экспрессии наблюдался в группе женщин с гидросальпинксом, где данный показатель составил $120,5 \pm 12,4$. Причем, после выполнения оперативного вмешательства, данный показатель снижался в среднем на 42,5% ($171,8 \pm 23,4$). Наибольший уровень экспрессии наблюдался в эндометрии женщин группы контроля ($216,0 \pm 20,1$).

При оценке уровня экспрессии эстрогеновых рецепторов эпителиоцитами желез эндометрия в группе женщин с гидросальпинксом отмечалось статистически значимое снижение уровня экспрессии ($174,3 \pm 18,9$) в сравнении с группой контроля, где данный показатель составил $217,1 \pm 28,4$. После удаления патологически измененной трубы происходило не выраженное, но достоверное увеличение данного показателя в среднем на 8,5% ($190,5 \pm 22,2$).

При сравнительном анализе результатов, полученных при оценке экспрессии рецепторов прогестерона клетками стромы эндометрия, было установлено, что в группе женщин с гидросальпинксом были получены показатели в среднем на 7,7% меньше. Интересно, что после удаления гидросальпинкса показатель экспрессии рецепторов прогестерона возрастал в клетках стромы в среднем на 9,6%. В результате чего, различия с группой контроля становились статистически незначимыми.

Исследование рецепторов прогестерона также выявило статистически значимое снижение уровня их экспрессии в клетках покровного эпителия при гидросальпинксе, где данный показатель составил $51,6 \pm 11,4$. После удаления измененной трубы отмечалось повышение данного показателя на 41,9 % ($88,9 \pm 18,7$) в сравнении с группой контроля, где данный показатель достигал $90,6 \pm 14,9$. Показатели уровня экспрессии рецепторов прогестерона в эпителии желез эндометрия различных групп находились в одном диапазоне и не имели статистических различий, а также не формировали корреляционных связей ни с одним из ранее обсужденных параметров.

Сравнительный анализ уровня экспрессии рецепторов прогестерона в клетках стромы эндометрия позволяет говорить о неоднородности данного параметра. Так, в эндометрии женщин с гидросальпинксом отмечается статистически значимое снижение экспрессии рецепторов прогестерона ($100,6 \pm 15,3$) в сравнении с группой контроля ($109,0 \pm 10,6$). Интересно, что после операционного удаления патологически измененной фаллопиевой трубы, наблюдалась нормализация данного показателя. Таким образом, исследование уровня экспрессии рецепторов эстрогенов и прогестерона в различных группах женщин с первичным бесплодием показало значимые межгрупповые различия. Причем, изменения имели место как со стороны экспрессии эстрогеновых рецепторов, так и со стороны экспрессии рецепторов прогестерона. Наименее чувствительным к влиянию гидросальпинкса стал такой параметр, как экспрессия рецепторов прогестерона клетками эпителия желез. В целом же, наибольший ответ на патогенное влияние гидросальпинкса наблюдался со стороны рецепторного аппарата покровного эпителия и эпителия желез, что особенно ярко выражалось в нарушении экспрессии эстрогеновых рецепторов.

Выводы:

1. Под влиянием гидросальпинкса отмечалось снижение экспрессии рецепторов эстрогенов клетками покровного эпителия, эпителиоцитами желез, клетками стромы.
2. Изменения со стороны экспрессии рецепторов прогестерона носили менее распространенный характер и ограничивались снижением экспрессии рецепторов прогестерона клетками покровного эпителия и клетками стромы. Наиболее значимыми представляются изменения, наблюдающиеся со стороны экспрессии яичниковых гормонов в клетках покровного эпителия, где изменения носили более выраженный характер и не пересекались с таковыми, наблюдаемыми при хроническом эндометрите, что позволяет говорить о специфичности таких изменений и указывает на иной патогенетический механизм влияния гидросальпинкса.
3. После выполнения тубэктомии по поводу гидросальпинкса отмечается нормализация уровня экспрессии рецепторов эстрогенов и прогестерона в большинстве структурных элементов эндометрия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Беженарь, В. Ф. Трубно-перитонеальное бесплодие. Проблемы и перспективы / В. Ф. Беженарь, А. С. Максимов // Журнал акушерства и женских болезней. – 1998. – Спецвыпуск. – С. 27-28.
2. Гаспаров, А. С. Трубно-перитонеальное бесплодие у женщин / А. С. Гаспаров, Н. И. Волков, Р. Г. Гатаулина, и др. // Проблемы репродукции. – 1999. – №2. – С. 43-48.
3. Хмельницкий О.К. Патоморфологическая диагностика гинекологических заболеваний. – СПб, 1994. – 326 – 419
4. Cohen, M. A. Hydrosalpinges adversely effects implantation in donor oocyte cycles / M. A. Cohen, S. R. Lindheim, M. V. Sauer // Hum. Reprod. – 1999. – V. 14. – P. 1087-1089.
5. Katz, E. Deleterious effect of the presence of hydrosalpinx on implantation and pregnancy rates with in vitro fertilization / E. Katz, M. A. Akman, M. D. Damewood et al. // Fertil. Steril. – 1996. – V. 66. – P. 122-5.
6. Kaufmann, S. H. E. The immune response to infectious agents / S. H. E. Kaufmann, D. Kabelitz // Immunology of infection. Methods in Microbiology – 2002. – V. 32. – 2nd. ed. London: Academic Press. – P. 1-20.
7. Kaushic, C. Effects of estradiol and progesterone on susceptibility and early immune responses to Chlamydia trachomatis infection in the female reproductive tract / C. Kaushic, F. Zhou, A. D. Murdin et al. // Infect. Immunol. – 2000. – V. 68. – P. 4207-4216.
8. Kaushic, C. Infection of polarized primary ECs from rat uterus with Chlamydia trachomatis: cell-cell interaction and cytokine secretion / C. Kaushic, K. Grant, M. Crane et al. // Am. J. Reprod. Immunol. – 2000. – V. 44. – P. 73-79.
9. Likes, C. E. L-selectin ligand in endometrium from women with infertility / C. E. Likes, W. A. Palomino, D. A. Forstein et al. // Fertil. Steril. – 2005. – V. 84. – P. 409-411.

ИЗУЧЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИХ И ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ НАНОЧАСТИЦ (ФУЛЛЕРЕНОВ) ДЛЯ ОЦЕНКИ ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КАК НОВОГО МАТЕРИАЛА МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ

Володина К. А., Грудина К. И., Карнаухов Д. И., Попова Е. А., Силантьева О. Ю.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра фармакологии с курсами клинической фармакологии, фармацевтической технологии и курсом ПО*

Научные руководители: д.м.н., проф. Гребенникова В. В., д.м.н., проф. Медведева Н. Н., ст. преп. Курц М. С.,

Актуальность проблемы. Одной из актуальных проблем современного общества является восстановление и сохранение здоровья человека. На организм помимо действия неблагоприятных факторов, могут также оказывать существенное влияние целенаправленные манипуляции, призванные восстановить внутренний гомеостаз. К таким манипуляциям можно отнести и лекарственные препараты, ежегодное потребление которых людьми увеличивается в геометрической прогрессии. При достаточном количестве положительных свойств, современные лекарства обладают целым рядом недостатков, таких как: низкая биологическая доступность, медленное наступление эффекта, невозможность направленной доставки препарата, большое количество побочных эффектов, недостаточная терапевтическая эффективность. Все это побуждает медицинское научное общество к поиску и разработке новых лекарственных средств. В последние годы стремительно развивается новое направление современной науки – нанотехнологии. Нанотехнология - совокупность методов и приемов, обеспечивающих возможность контролируемым образом создавать объекты и материалы из отдельных атомов, молекул и компонентов с размерами от 1 до 100 нм. Определяющую роль для развития и становления нанотехнологии сыграло открытие новой формы существования углерода в природе – фуллеренов. Фуллерены – это замкнутые оболочечные соединения, построенные только из атомов углерода. То, что раньше казалось фантастическим – теперь стало реальностью. Основным представителем фуллеренов является молекула C₆₀ (Сидоров М.А. – 2004г, с.126-130) Высокоактивная с химической точки зрения поверхность наночастиц, позволяют думать о возможности их применения в медицинских целях.

С конца 90-х годов, стремительно развивается новая область медицины – наномедицина. Под наномедициной понимается диагностика, лечение, предупреждение болезней и травматических поражений, борьба с болью, сохранение и улучшение здоровья человека с использованием молекулярных инструментов. Многие исследователи во всем мире занимаются изучением возможностей использования наночастиц в медицинских целях (неврология, хирургия, офтальмология, медицина катастроф). Широкое распространение получила нанофармация, которая использует нанотехнологии для разработки новых, высокоэффективных лекарственных препаратов с использованием наночастиц (Пиотровский Л.Б. – 2006 г., с. 2-8). Применение наночастиц открывает возможности направленной доставки лекарственного вещества непосредственно в очаг поражения, длительного поддержания лечебной концентрации препарата в пораженном органе, создания принципиально новых препаратов, обладающих высокой биологической доступностью, длительным лечебным эффектом, хорошей переносимостью, минимальной токсичностью.

Однако необходимо отметить, что целенаправленных и систематических исследований, посвященных изучению возможностей применения фуллеренов, как нового материала медицинского назначения, проведено не было. Работы известные из доступной литературы и относящиеся к этой тематике, носят разноплановый характер, а полученные при этом результаты во многом неоднозначны и противоречивы. Для более обоснованной и объективной оценки возможности применения фуллеренов в медицинских целях необходимы предварительные исследования на лабораторных животных. Такие эксперименты до недавнего времени были невозможны в связи с дорогой и трудоемкой технологией синтеза фуллеренов. На базе лаборатории аналитических методов анализа вещества Института Физики СО РАН в г.Красноярске академиком Чуриловым Г.Н. была разработана экспериментальная установка, которая позволяет максимально сократить время и стоимость синтеза фуллеренов, что открывает возможности для проведения длительных экспериментов медико-биологического характера на лабораторных животных (Чурилов Г.Н. – 2007 г, с. 6 - 10)

Цель исследования. Определить степень проникновения в кожу мазей различной концентрации на основе фуллеренов C₆₀ и оценить их влияние на процессы регенерации при созданной модели механических повреждений.

Задачи исследования:

1. Выбор и создание оптимальной лекарственной формы на основе фуллеренов C₆₀ для местного применения.
2. Моделирование механического повреждения кожных покровов у экспериментальных животных.
3. Оценка влияния на созданную модель повреждения мазей различной концентрации (0,5%, 1%, 1,5%) на основе наночастиц (фуллеренов C₆₀).

Материалы и методы. Объектами исследования являлись беспородные морские свинки (самцы и самки) массой 350-450 гр. В возрасте 3-4 месяца, поставляемые НПО «Вектор» г. Новосибирск. Перед введением в эксперимент, животных выдерживали на карантине в течение 14 дней. В течение этого периода осуществлялась отбраковка ослабленных животных. После этого животных распределяли в клетки. Общая группа распределения животных в контрольных и опытных группах по срокам длительного эксперимента представлена в табл. 1.

Таблица 1

Вид лекарственной формы	Срок эксперимента	Контрольная группа (количество животных)	Первая опытная группа (концентрация 0.5%)	Вторая опытная группа (концентрация 1%)	Третья опытная группа (концентрация 1.5%)
Мазь	10 дней	8	8	8	8

Для содержания опытной и контрольной групп использовались клетки для животных. Клетки находились в одинаковых условиях при комнатной температуре. Условия содержания в виварии были одинаковыми для всех групп экспериментальных животных. Все животные находились на одинаковом пищевом рационе, доступ животных к пище и питью был свободным на протяжении всего эксперимента. Для снижения количества факторов, которые могут оказать влияние на организм животных, в ходе эксперимента ежедневный рацион питания морских свинок включал отварное зерно пшеницы.

Следующим этапом исследования было изготовление мази с наночастицами. Действующим веществом в указанных лекарственных формах являлись наночастицы фуллеренов C60, полученные в лаборатории аналитических методов исследования вещества института физики СО РАН (зав. лабораторией Чурилов Г.Н.). Фуллерены отвешивались на аналитических весах (модель OHAUS, max 60g, D=0,001g). В качестве основы для мази использовался медицинский вазелин, который перед введением в него фуллеренов расплавлялся на водяной бане (ELMI TW 2.02), переносился в аптечную ступку №3 и смешивался с количеством фуллеренов, необходимых для достижения заданной концентрации. Мазь была изготовлена в трех концентрациях (0,5%, 1%, 1,5%).

Агрессивным воздействием на все группы объектов являлось рассечение кожных покровов до апоневроза в межлопаточной области длиной 1 см. Перед рассечением электрической бритвой (мод. D-113) производилась депиляция волосяного покрова.

Для общего обезболивания объектов использовался медицинский эфир, а для местной анестезии – новокаин. Марля с ватой и шприцы использовались совместно с методом анестезии. Для рассечения кожных покровов применялся хирургический скальпель. После разреза производилась первичная хирургическая обработка раны (раствор бриллиантовый зеленый 1%).

На разрезы опытных групп объектов наносилась мазь в концентрации (0,5%, 1%, 1,5%). На разрезы контрольной группы наносилась мазь без наночастиц.

Изготовленные лекарственные формы хранились в фармацевтическом холодильнике с морозильником MPR-414 P при температуре +4°C, что соответствует требованиям нормативной документации к хранению мазей.

Наблюдение за группами объектов осуществлялось визуально, с использованием видеозаписи (видеокамера Sony H123) и фотографирования (цифровой фотоаппарат Sony DSC T77) в течение процесса регенерации.

По истечении 10 дней производилась биопсия рубцов кожи объектов каждой группы путем иссечения. Забранный материал фиксировался в 10% нейтральном формалине (соотношение объемов тканей и жидкости составляло не менее 1:20) в течение 72 часов. Образцы подвергались гистологической обработке по стандартной методике и из них изготавливали гистологические срезы толщиной 5-7мкм на санном микротоме. Полученные срезы окрашивали гематоксилин-эозином. Из материала изготавливались препараты для микроскопии под световым микроскопом Micros MC 50.

Результаты. Для того чтобы оценить возможность применения фуллеренов, как нового материала медицинского назначения, в экспериментальных исследованиях на животных необходимо было изучить степень их проникновения в кожу и оценить их влияние на воспалительные процессы и процессы заживления ран. В ходе гистологического исследования препаратов кожи экспериментальных животных были получены следующие результаты: в образцах опытных групп (0,5%, 1%, 1,5%) в сосочковом слое кожи были обнаружены конгломераты полупрозрачных светло-коричневых частиц, признаки воспаления вокруг частиц отсутствовали. Процесс заживления в опытных группах протекал быстрее по сравнению с контролем, причем быстрота заживления зависела от концентрации фуллеренов в лекарственной форме. В области раны опытных групп значительно уменьшились признаки воспаления (покраснение, отек, боль). Животные опытных групп перенесли эксперимент хорошо, гибели животных ни в одной из групп не было. В контрольной группе эксперимент протекал тяжело, это выражалось в беспокойном поведении животных, отказе от еды, потерей в массе. В контрольной группе погибло 2 животных.

Выводы:

1. Оптимальной лекарственной формой для местного применения при механических повреждениях является мазь.
2. Оптимальным вариантом создания модели механического повреждения кожи является рассечение хирургическим скальпелем на всю толщину.
3. Глубина проникновения и скорости регенерации прямо пропорциональны концентрации фуллеренов в мази.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Елецкий А.В. Фуллерены и структура углерода. – Москва, 1995. – С. 977-1009
2. Краснюк И.И. Технология лекарственных форм. – Москва, 2007. – С.441-502
3. Литвицкий П.Ф. Патопфизиология. – Москва, 2008. – С.61-85
4. Петров С.В. Общая хирургия. – Санкт-Петербург, 2005. – С.156-165
5. Пиотровский Л.Б. Фуллерены в биологии и медицине. – Санкт-Петербург, 2005. – С.195-268
6. Сидоров Л.Н., Юровская М.А. Фуллерены. – Москва, 2005. – С.685-688
7. Чурилов Г.Н. Фуллерены. Синтез и теория образования. – Новосибирск, 2007. – С.64-110
8. Hirsch A.T. The chemistry of fullerenes. – London, 2002. – P.565-700
9. Salata O.V. Application of nanoparticles in biology and medicine. – Oxford, 2006. – P.701-721
10. Scott L.T. A rational chemical synthesis of C60. – New York, 2002. – P.985-990

УДК 612.1-057.874:37

ВЛИЯНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ФОРМ ОБУЧЕНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ У УЧАЩИХСЯ ГИМНАЗИИ

Воронов М. И.

*Карагандинский государственный медицинский университет
Кафедра физиологии*

Научный руководитель: д.м.н., проф. Миндубаева Ф. А.

Актуальность. В связи с внедрением инновационных форм обучения в образовательный процесс возникает необходимость изучения их влияния на здоровье школьников. [8]. Учебный процесс в условиях инновационных школ сопровождается воздействием на учащихся ряда неблагоприятных факторов школьной среды (повышенная учебная нагрузка, усложнение учебных программ и т. д.), что сопровождается изменениями физиологических систем организма и напряжением адаптационных процессов. Адаптация человека к условиям окружающей среды приобретает особую остроту в современных условиях, когда темпы социальных, экономических, технологических и климатических изменений в мире требуют от индивида быстрой адаптации и постоянных до- и перадаптаций к условиям жизни и деятельности. Проблема

изучения уровня соматического здоровья и адаптационного потенциала является наиболее актуальной в юношеском возрасте, как переходном периоде от прогрессивной к стабильной стадии онтогенеза, когда функциональные возможности органов и систем еще не достаточно совершенны. [6]. Учебная деятельность подростков сопровождается напряжением регуляторных механизмов организма, что находит отражение в целом ряде психофизиологических показателей. Снижение физической активности является, как известно, результатом сложного комплекса изменений, возникающих во всех системах организма, в том числе и нервной. Низкая физическая активность является независимым, самостоятельным фактором риска развития заболеваний, в 23% случаев является причиной развития основных хронических заболеваний и смерти, вызванной ими; в мире около 1,9 млн. смертей в год связано с малоподвижным образом жизни. [9-12]. Резкое ухудшение здоровья детей связано именно со школой и является следствием существующей системы образования, сегодняшних стандартов обучения и воспитания. Дети школьного возраста условиями школьной жизни ограничены в удовлетворении естественной потребности двигаться столько, сколько нужно для нормального, гармоничного физического развития и здоровья. Универсальным средством сохранения и укрепления здоровья является двигательная активность. Анализ двигательной активности детей школьного возраста показал, что она составляет лишь 35-40 % возрастной потребности в движениях. Исследования гигиенистов свидетельствуют, что до 82 – 85% дневного времени большинство учащихся находится в статическом положении: школьникам не только приходится ограничивать свою естественную двигательную активность, но и длительное время поддерживать неудобную для них статическую позу, сидя за партой или учебным столом. Даже у младших школьников произвольная двигательная деятельность (ходьба, игры) занимает только 16 – 19% времени суток. Общая двигательная активность детей с поступлением в школу падает почти на 50%, снижаясь от младших классов к старшим. Установлено, что двигательная активность в 9 – 10 классе меньше, чем в 6- 7 классе. [7]. Малоподвижное положение за партой или рабочим столом отражается на функционировании многих систем организма школьника, особенно сердечно-сосудистой и дыхательной. При длительном сидении дыхание становится менее глубоким, обмен веществ понижается, происходит застой крови в нижних конечностях, что ведёт к снижению работоспособности всего организма и особенно мозга: снижается внимание, ослабляется память, нарушается координация движений, увеличивается время мыслительных операций.

Целью настоящего исследования стало изучение влияния на организм школьников инновационных форм обучения, а именно на показатели крови и внешнего дыхания.

Материалы и методы. Были обследованы учащиеся 10 классов гимназии города Караганды. Возраст испытуемых юношей - 16 лет. С использованием автоматического гемоглометра «ВС 3200» были изучены следующие показатели крови: количество эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов, процентное содержание лимфоцитов, гранулоцитов, концентрация гемоглобина, гематокрит. С помощью спирометра «Спиро-100» изучали ЖЕЛ и процент отклонения ЖЕЛ от должной величины. Уровень двигательной активности школьников определяли с помощью анкетирования.

Полученные результаты. К числу важнейших систем транспорта кислорода относится периферический отдел эритронов. [4,5]. В результате исследования выяснилось, что показатели крови (в частности, содержание эритроцитов, гемоглобина, уровень гематокрита), являются сниженными. [2]. Отмечены выраженные колебания показателей крови: лейкоцитов от $4,4 \cdot 10^9/\text{л}$ до $8,2 \cdot 10^9/\text{л}$, лимфоцитов от 30% до 47,7%, тромбоцитов от $190 \cdot 10^9/\text{л}$ до $312 \cdot 10^9/\text{л}$, эритроцитов от $3,95 \cdot 10^{12}/\text{л}$ до $5,13 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гематокрит от 32,8% до 43,3%, гемоглобин от 124г/л до 158г/л. (Табл. 1).

Таблица 1

Показатели гемограммы у учащихся гимназии

№ п/п	Показатели крови					
	Лейкоциты, $10^9/\text{л}$	Лимфоциты, %	Тромбоциты, $10^9/\text{л}$	Эритроциты, 10^{12}	Гематокрит, %	Гемоглобин, г/л
1	7,0	33,4	288	5,13	43,3	158
2	6,0	43,3	312	4,75	41,7	157
3	8,2	36,5	190	3,95	35,0	133
4	6,8	36,5	216	4,34	39,0	149
5	6,4	36,1	214	4,34	38,3	149
6	5,8	37,7	239	4,14	37,0	139
7	5,1	47,7	215	3,68	32,8	125
8	4,9	30,0	210	4,26	37,4	140
9	4,4	32,9	193	4,05	33,2	124
M±m	6,06±0,42	37,12±1,98	230,77±13,69	4,29±0,13	37,52±1,17	141,55±3,81

Очевидно, что учеба требует памяти, внимания, мыслительных процессов, т.к. постоянно осуществляется восприятие новой и в большом количестве информации. Характер лейкоцитарной формулы является одним из наиболее чувствительных показателей напряжения стресс-реализующих систем. Высокий уровень активности стресс-реализующих систем проявляется большим напряжением высших отделов ЦНС, психическим и эмоциональным напряжением. Как выяснилось, у школьников снижена двигательная активность. Уменьшение импульсации, поступающей в центральную нервную систему от работающих мышц, снижает ее тонус и функциональное состояние. Как следствие, уменьшается работоспособность головного мозга, в том числе снижаются высшие функции мозга (мышление, память, внимание и др.), что напрямую сказывается на умственной деятельности учащихся. Снижение функционального состояния центральной нервной системы сопровождается резким повышением эмоциональной возбудимости, что, в свою очередь, способствует развитию эмоциональных стрессов, а в дальнейшем - психосоматических заболеваний. [1,3].

Сравнительная характеристика ЖЕЛ учащихся с инновационными формами обучения с их должной ЖЕЛ выявила снижение данного показателя. При этом были отмечены существенные колебания ЖЕЛ (от 64,4% до 84,9%) должного значения, что свидетельствовало о снижении резервных возможностей внешнего дыхания и слабой тренированности дыхательных мышц исследуемой группы учащихся. (Табл. 2). По результатам анкетирования школьников была выявлена низкая двигательная активность.

Таким образом, в условиях гиподинамии учащихся гимназии с инновационными формами обучения ухудшается снабжение тканей кислородом, о чем свидетельствуют показатели гемоглобина и эритроцитов, следовательно, ухудшается кислородно-транспортная функция крови и интенсивность газообмена.

Таблица 2

Процент ЖЕЛ от должной ЖЕЛ учащихся гимназии

№ п/п	Показатель	
	ЖЕЛ, %	ДЖЕЛ, %
1	83,9	100%
2	64,4	
3	82,6	
4	65,6	
5	84,9	
6	82,3	
7	77,9	
8	79,7	
9	75,1	
M±m		
77,3±7 2,3		

Учение Р. Могеновича о моторно-висцеральных рефлексх показало взаимосвязь деятельности двигательного аппарата, скелетных мышц и вегетативных органов. Согласно «энергетическому правилу скелетных мышц» И. А. Аршавского, энергетический потенциал организма и функциональное состояние всех органов и систем зависит от характера деятельности скелетных мышц: чем интенсивнее двигательная деятельность в границах оптимальной зоны, тем полнее реализуется генетическая программа и увеличиваются энергетический потенциал, функциональные ресурсы организма и продолжительность жизни. «Двигательная активность принадлежит к числу основных факторов, определяющих уровень обменных процессов организма и состояние его костной, мышечной и сердечно-сосудистой систем», - писал академик В. В. Парин (1969).

Выводы:

1. Перегруженность учебного процесса инновационными формами обучения учащихся вызывает снижение содержания эритроцитов, гемоглобина, гематокрита.
2. У учащихся гимназии отмечается снижение ЖЕЛ по сравнению с должной ЖЕЛ до 77 %.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гаркави Г.Х., Квакина Е.Б., Уколова М.А. Адаптационные реакции и резистентность организма. - Ростов: Ростовский университет, 1977. - 120 с.
2. Гольдберг Е. Д. Справочник по гематологии с атласом микрофотограмм. Томск: Изд-во Том. Ун-та, 1989. - 468с.
3. Горизонтов П. Д., Белоусова О. И., Федотова М. И. Стресс и система крови.-М.: Медицина, 1983.-240 с.
4. Дятлов Д. А. Состояние иммунной системы и прогнозирование инфекционных заболеваний у квалифицированных лыжников-гонщиков в течение годовичного цикла подготовки: докт. дис. – Челябинск, 1996.-333 с.
5. Исаев А. П. Механизмы долговременной адаптации и дисрегуляции функций спортсменов к нагрузкам олимпийского цикла подготовки: докт. дис. – Челябинск, 1993.-482 с.
6. Карчинская Т. В. Изменчивость эритроцитов как адаптация у лиц молодого возраста на фоне соединительнотканной дисплазии: докт. дис.- Саратов, 2008.-30 с.
7. Свечкарев В. Г. Совершенствование двигательных возможностей человека посредством автоматизированных систем управления: докт. дис.- Майкоп, 2008.-407 с.
8. Смагулов М. Н. Экзаменационный стресс и нервно-эмоциональное напряжение организма школьников, его оценка и прогноз: докт. дис.- Тюмень, 2006.-25 с.
9. Flegal K. M., Graubard B. I., Williamson D. F., Gail M. H. Excess dea associated with underweight, overweight and obesity//JAMA.-2005.-N29.-P.1861-1867.
10. Frank B. H., Meir J. S., Graham A. C. et al. Physical activity and risk of stroke in women//JAMA.-2000.-N283.-P.2961-2967.
11. Gilliant F. D., Li Y. F., Baumgartner K. et al. Physical activity and breast cancer risk in Hispanic and no Hispanic white women//American Journal of Epidemiology.-USA.-2001.-N154(5).-P.442-450.
12. Lifang H., Bu-Tian J., Aaron B., et al Commuting physical activity and risk of colon cancer in Shanghai, China//American Journal of Epidemiology.-2004.-N160.-P.860-867.

ББК 81.2 Англ + 81.2 Нем

АНГЛИЙСКИЕ ЗАИМСТВОВАНИЯ В НЕМЕЦКОМ ЯЗЫКЕ

Втюрина С. С.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра латинского и иностранных языков*

Научный руководитель: асс. Новикова С. И.

Изучая немецкий язык уже несколько лет, я очень часто встречаю слова, заимствованные из английского языка, которые используются наравне с немецкой лексикой в языке. Мне стало интересно, зачем в лексике нужны слова из другого языка, по каким причинам заимствуются определенные слова, а другие нет, насколько немецкая лексика обогащена английскими заимствованиями. Соответственно, цель моей работы – найти ответы на эти вопросы.

Основу словарного запаса немецкого языка составляет лексика, известная и употребительная в течение длительного исторического отрезка времени. Следовательно, поколения носителей языка пользуются примерно одинаковым «набором» лексики, которая мало изменилась за последние 250-350 лет. Такая длительная стабильность обеспечивает в целом преемственность языка и культуры.

Многие лингвисты отмечают, что языковое поведение и вкусы носителей языка находятся под неоспоримым влиянием престижа и авторитета некоторых сфер социальной жизни, например: телевидения, печати, рекламы, моды и т. д.

Мотивы заимствования связаны с мотивами языкового поведения вообще: стремление быть модным, поднять свой социальный статус или культурный престиж, к экспрессивности речи, к подражанию речи определенных кругов носителей языка и т. д.

В истории англоамериканизмов выделяют пять основных периодов влияния английского языка на немецкий.

Во время всего средневековья влияние английского на немецкий было чрезвычайно ограниченным. Например, заимствования из позднего средневековья были малочисленны и являлись специальными выражениями мореплавания.

С середины XVII века, особенно после смертной казни Карла I в 1648 году. Английский стал в центре интереса. Немаловажную роль сыграл тот факт, что в Германии ставились на протяжении почти столетия произведения Шекспира и его современников.

С XVIII века Опелем и Гаисом были созданы 4 центра английского влияния на немецкую языковую культуру: Гамбург, Лейпциг, Гёттинген и Цюрих. Именно этот тесный контакт привел к первым переселениям английского словарного запаса в немецкий. Достаточно нескольких примеров в области литературы: Bombast (1726), Robinsonade (1731), die toten Sprachen (1753). К дальнейшим сферам влияния английского относится философия: Freidenker (1715), Ideenassoziation (1736); естествознание и медицина – Spektrum (1791), Barometer (1743).

В XIX веке влияние английского на немецкий становится уже господствующим. Увеличивается поток английских заимствований на тему экономики, что подчеркивает ведущую роль Англии в этой области. Нельзя не употребить многочисленные специальные выражения из различных естественнонаучных дисциплин: медицины, садоводства и сельского хозяйства. Такие слова как Dandy (1830), Löwe (1828), Snob (1870), flirten (1890) также доказывают престижность Англии в XIX веке.

В XX веке разделяют 3 периода заимствований: время до первой мировой войны, время между войнами, время после 1945 года. Первая мировая война привела к снижению иностранных слов-заимствований из английского. Этот период характерен большим влиянием американского английского на немецкий язык.

Заимствования, которые пришли после второй мировой войны, завоевали прочное место в немецком словарном запасе. К ним относятся Untergrundbahn, Thermoflasche, Polo, Golf, Bluf. А ко времени между войнами относится Badminton, Lautsprecher, Einbahnstrasse.

Чтобы ответить на поставленные в начале работы вопросы, следует разобраться, что такое заимствование и пути его внедрения в заимствующий язык.

Заимствование - обращение к лексическому фонду других языков для выражения новых понятий, дальнейшей дифференциации уже имеющихся и обозначения неизвестных прежде; нередко сами эти понятия и предмет становятся известными носителями данного языка лишь вследствие контактов с теми народами, из чьих языков заимствуются соответствующие слова.

Комплекс этих трех социальных признаков, которые служат для выявления лингвистической сущности заимствований, порождает задачу – необходимость именования заимствованного. Она может быть разрешена альтернативно – созданием нового имени из материалов языка заимствовавшей культуры или заимствованием иноязычного имени, которое уже создано для заимствуемой вещи в языке культуры, являющейся источником заимствования. Третьего решения этой задачи не существует. Следовательно, заимствование есть один из двух способов именования.

Рассмотрим кратко некоторые главные особенности процесса заимствования лексики, ограниченной его условиями двуязычных ситуаций. Различают 2 стадии:

1. Ввод иноязычного материала в заимствующий язык, является стадией межъязыковых отношений, на которой свойство «инертного материала» языка-источника проявляются сильнее, чем свойства заимствующего языка и, в известной мере они задают нормы или пределы переоформления

2. Ассимиляция, т. е. приспособление слова к заимствующей системе и вхождение в нее

Эти две стадии характеризуют процесс заимствования как лингвистическое явление. Результатом его являются освоенные слова. Для заимствованного слова – это третья стадия, стадия его функционирования в речи заимствовавшего его языка. Данные и подобные определения результатов заимствования построены на основе такого принципа как способ заимствования.

Тенденция на засорение немецкой речи английскими (американскими) словами и выражениями не прекращается уже более 40 лет. Если в XVIII веке было зарегистрировано только 11 английских заимствований, а к началу XX века 392 слова, то сегодня лексикографы просто не могут уследить за ростом используемых английских слов в немецком языке.

Так популярное сегодня в молодежных жаргонах der Freak, сменившее интенсивно использовавшее ранее Tur, Ture (тип), имеется в языке-источнике, по меньшей мере 5 значений, в том числе «каприз, причуда, чудачество», «уродец», «ненормальный ход какого-либо естественного процесса». Многие англоамериканизмы сосуществуют с немецкими синонимами.

Употребление англо-американских заимствований диктуется теперь уже желанием подчеркнуть не высокий уровень образованности, а другие качества, которые ценятся сегодняшним обществом: уровень информированности о новом, современном, технически приоритетном.

Престиж иностранного обозначения может переноситься на вещи, ими обозначаемые. Это обстоятельство широко используется в рекламном деле, торговле. В связи с торговлей пользуются известностью такие английские заимствования, как der Shop (=Laden, Geschäft), das Shopping (=Einkaufsummel), das Shopping-Center (=Einkaufszentrum).

В области моды сегодня отмечается резкий крен от французских слов в сторону англо-американских наименований. Уже 3 абсолютно новых в этой области слова – Style, Look, Set – определяют общее направление современной языковой моды.

Тенденция к широкому привлечению англоамериканизмов в профессиональной или иной групповой коммуникации необыкновенно сильно в ФРГ в течение послевоенных лет. Так, в лексиконе профессиональных групп лётчиков и служащих наземных авиационных учреждений много англоамериканизмов, которые не являются данью моде, а напротив, предписаны. Таковы профессионализмы типа: Checken=ein Flugzeug vor dem Start überprüfen; Der Climb [klaim] = Aufsteig; Der Flidht [flait] = Flug

Изобилует англоамериканизмами профессиональный лексикон кинематографистов, музыкантов, артистов.

Средства массовой информации – проводники англоамериканизмов в немецком языке. В этой области занято большое количество профессионалов, групповой лексикон которых изобилует американизмами. В западногерманском журнале «Шпигель» была приведена пародия на жаргон, которым пользуются рекламисты: ...der Cheftegster Dr Werner Gaede publizierte für den Hasgebrauch eine parodistische Schlangprobe. Danach müssen Werbegraphiker ihren Kunden erklären, warum ihr visual einen goldenen und keinen family touch hat, warum life shot und nicht night key. "Schauen Sie, dieses outdoorphoto hat so viel appetizing appeal, das es der eye catcher schlechthin ist."

Выразительность жаргонизмов – часто следствие нестандартности их фонетического облика. В контексте родного языка такая лексика не может остаться незамеченной, её отличают и запоминают.

В заключении хотелось бы сказать. История языка за несколько десятилетий это микроистория. Только используя массовый речевой материал можно обнаружить сложившиеся за это время изменения в системе языков. Цитируя Э. Сепира, можно сказать, что «язык есть сложный инвентарь всех идей, интересов и занятий, которые привлекают внимание коллектива». Следовательно, можно верно назвать новые слова свидетелями нашей эпохи, историзма современности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ахматова О. С. «Словарь лингвистических терминов», Москва, 1969г.
2. Брагина А. А. «Неологизмы в русском языке», Москва «Просвещение», 1973г. (глава II – устойчивые и временные заимствования)
3. Иностранные языки в высшей школе. Выпуск 14 сборник. Москва «Высшая школа», 1979г, стр. 84-120
4. Розен Е. В. «Новые слова и устойчивые словосочетания в немецком языке», Москва «Просвещение», 1991г, стр. 3-23, 83-98, 162-177
5. Розен Е. В. «Немецкая лексика: история и современность», Москва «Просвещение», 1990г, стр. 80-86
6. Сорокина Л. Н. «Ситуация, процесс и результат заимствования в лексике», Москва, 1979г, стр. 97-105
7. Шмидт В. «Немецкое языкознание», Берлин, 1968г, стр. 75-80, 145-148
8. Wolfgang Viereck, Bamberg. Sprachgeschichte. Ein Handbuch zur Geschichte der deutschen Sprache und ihrer Erforschung, 1984

УДК 616-002.5:616.98-036-07-092

ВИЧ–АССОЦИИРОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ: КЛИНИКА, ВЫЯВЛЕНИЕ, ТЕЧЕНИЕ

Выва А. А., Попков А. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра туберкулеза с курсом ПО*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Большакова И. А.

Стремительное распространение ВИЧ – инфекции в России не могло не отразиться на эпидемиологии туберкулеза [3]. Поскольку туберкулез и ВИЧ - инфекция относятся к социально – обусловленным заболеваниям, они распространяются в одних и тех же группах населения, потому часто ассоциируют друг с другом [1]. Актуальность проблемы с этой сочетанной патологией не вызывает сомнения, так как с каждым годом возрастает число больных как туберкулезом, так и ВИЧ – инфекцией, делая проблему одной из важнейших во фтизиатрии [1].

Туберкулез у ВИЧ – инфицированных в Красноярском крае стал регистрироваться с 2001 года и к 2009 году число случаев микстинфекции увеличилось в 37,6 раза.

Целью нашей работы явилось изучение клинических проявлений туберкулеза у ВИЧ – инфицированных, организация его выявления и особенностей течения.

Материалы и методы исследования: истории болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в ККПТД№1, карты персонального учета больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ – инфекцией (ф 263/у ТБ) 113 больных за 2008 год.

У большинства больных (92,9%) туберкулез был выявлен впервые, а у 7,1% процесс носил хронический характер.

Туберкулез в сочетании с ВИЧ-инфекции как у мужчин, так и у женщин чаще развивается в наиболее трудоспособном возрасте 20-29 (44,2%), 30-39 (46,9%), значительно реже после 40 лет (7,1%) больных. Средний возраст заболевших составил 33,5 лет. Среди заболевших было 79,7% мужчин, женщин 20,3%, подавляющее большинство проживало в городах края 86,7%, а в сельской местности лишь 13,3%.

Известно, что контакт с больными туберкулезом являлся одним из основных факторов риска его развития, а при сочетании с низким социальным статусом, риск развития туберкулеза увеличивается. Контакт с больным туберкулезом имел место в 39,8% случаев, то есть у каждого второго больного. На долю семейного контакта приходилось 20,0% случаев, бытового – 28,3%, контакта в МЛС – 51,1%.

Туберкулез органов дыхания у ВИЧ – инфицированных должен выявляться при ПФЛГО, то есть активно. Анализируя его выявление, следует отметить, что активное выявление составило лишь 26,6%, при обращении по поводу жалоб выявлено 58,8% большинство больных, не диагностированный при жизни туберкулез впервые выявлен у 7,9% при аутопсии.

Анализ клинических форм туберкулеза за 2008 год показал, что равные доли приходится диссеминированную и инфильтративную форму туберкулеза легких (38,9%), что говорит об отрицательной динамике заболевания.

Преобладают распространенные процессы с деструкцией легочной ткани (40,1%) и бактериовыделением (59,9%). Первичная лекарственная устойчивость (ПЛУ), составила 32,8%. В большинстве случаев ВИЧ-инфекция предшествовала развитию туберкулеза (66,4%), в 33,6% случаев ВИЧ-инфекции и туберкулез выявлены одновременно.

Длительность ВИЧ-инфицирования до возникновения туберкулеза составила от 1 года до 8 лет, в течение первого года туберкулез развился у 13,3% больных, через 2 года у 2,7%, 3 года - у 1,8%, 4 года - у 4,4%, 5 лет - у 3,5%, 6 лет - у 12,4%, 7 лет - у 20,4%, 8 лет - у 7,9% больных. Самым распространенным путем передачи ВИЧ-инфекции является в/в введение наркотических препаратов (70,8%), половой путь заражения имел место у 19,5% больных, у 9,7% больных не удалось установить путь передачи ВИЧ-инфекции.

По стадиям ВИЧ-инфекции больные распределились следующим образом: 3 стадия была зарегистрирована у 38,1% больных, 4А-3,5%, 4Б-39,8%, 4В-15,1% больных.

Тяжесть течения туберкулезного процесса у ВИЧ – инфицированных обусловлена снижением иммунитета, наличием сопутствующих заболеваний, заболеваний группы риска оппортунистических инфекций. Наиболее распространены у данной группы больных ХВГ (52,2%): ХВГБ зарегистрирован у 5,3%, ХВГС – у 49,6%. Сахарный диабет имел место в 1,7% случаев, ХОБЛ – у 10,6%, хронический алкоголизм – у 6,1% больных.

Всем больным с сочетанной патологией проводилась химиотерапия в соответствии со стандартными режимами. По показаниям некоторым больным врачом инфекционистом назначалась ВААРТ (34,6%). Умерло 8 (7,6%) больных, в подавляющем большинстве случаев (75%) был генерализованный туберкулез, в остальных случаях (25%) – осложнения туберкулеза и оппортунистическая инфекция.

Таким образом, среди ВИЧ – инфицированных, заболевших туберкулезом преобладали мужчины (79,7%) в возрасте 20 – 29 (44,2%) и 30 – 39 лет (46,9%), проживающие в городах края (86,7%). Равное ранговое положение в структуре клинических форм туберкулеза занимали диссеминированная и инфильтративная и формы (38,9%) 70,8% ВИЧ – инфицированных являлись инъекционными наркоманами. Туберкулез выявлен у большинства больных при обращении к врачу (65,5%), преобладали распространенные процессы (56,5%), с бактериовыделением (59,9%). У заболевших туберкулезом чаще регистрировалась IV Б стадия (45,1%) ВИЧ – инфекции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Батыров Ф.А., Чуканов В.И., Щелканова А.И., Карпенко А.И., Семенова И.Г., Яровая Ж.Ю. Организация стационарной помощи больным туберкулезом, сочетанным с ВИЧ – инфекцией, в туберкулезной клинической больнице №7 // Проблемы туберкулеза и болезней легких – 2006. - №7. – стр 33 – 37.
2. Ворожцова М.П., Иванов А.К., Турсунова Н.А. и др. Раннее выявление и профилактика туберкулеза у ВИЧ – инфицированных // Проблемы туберкулеза и болезней легких – 2005. - №10. – стр. 45 – 46.
3. Клевню Н.И., Аксенова В.А. Проблемы сочетания ВИЧ и туберкулезной инфекции у детей // Проблемы туберкулеза и болезней легких – 2008. - №11. – стр. 30-35.

УДК 616-056.4:616.36-004:616-34-002-022

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ И ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ СМЕШАННОГО ГЕНЕЗА

Вырва А. А., Попков А. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО, оперативной хирургии и топографической анатомии
Научные руководители: к.м.н., асс. Сергеева И. В., д.м.н., проф. Горбунов Н. С.,*

Острые кишечные инфекции прочно занимают третье место среди инфекционных заболеваний в мире после острых респираторных заболеваний и вирусных гепатитов. В связи с этим проблема острых кишечных инфекций на протяжении последних лет является одной из актуальнейших в отечественном здравоохранении. С одной стороны, уровень заболеваемости остается достаточно высоким, без тенденции к отчетливому снижению, а с другой, отмечается появление сероваров микроорганизмов, обуславливающих тяжелое течение болезни. Кроме того, получают широкое распространение кишечные инфекции, которые прежде не диагностировались или встречались редко [1,3].

Согласно патологоанатомическим критериям, цирроз печени является необратимым диффузным процессом, для которого характерны резко выраженная фиброзирующая реакция, перестройка нормальной архитектоники печени, узелковая трансформация и внутрипеченочные сосудистые анастомозы. По данным Блюгера А.Ф. (1994) смертность от цирроза печени составляет в разных странах от 14 до 30 случаев на 100 000 населения [2].

Таким образом, учитывая актуальность проблемы и недостаток объективной информации о таком важном участке человеческого тела, целью проводимого нами исследования является выявить морфологическую предрасположенность возникновения острых кишечных инфекций и циррозов печени смешанного генеза.

В связи с чем проведено анатомическое обследование 97 больных в возрасте мужчины 61– 75, женщины 56– 75 лет, которые находились на стационарном лечении в инфекционном отделении Городской Клинической больницы №6 по поводу данных заболеваний (острых кишечных инфекций и циррозов печени смешанного генеза). При проведении исследования были использованы антропометрические методики определения типа телосложения по В.Н. Шевкуненко, Д. Таннеру, С. Рис-Айзенку, В.М. Черноруцкому, а также методика определения формы живота по В.М. Жукову.

Проведенное обследование выявило, что из обследуемых, равные доли приходились на мужчин и женщин. При определении типа телосложения по В.Н. Шевкуненко выявлен у 69,2% обследуемых брахиморфный, у 30,8% – мезоморфный, у 0% – долихоморфный морфотипы. Соотношение составляет: 2,2:1:0. При определении конституциональной принадлежности по В.М. Черноруцкому гиперстенический тип телосложения выявлен в 53,8% случаев, нормостенический – в 38,5%, астенический – 7,7%. Соотношение составляет: 6,9:5:1. При определении полового диморфизма по Д. Таннеру андроморфный тип выявлен у 53,8%, мезоморфный – у 39,5%, гинекоморфный – у 7,7%. Соотношение составляет: 6,9:5:1. При определении типа конституции по S. Rees- Eysenck пикнический тип встречается у 69,2%, нормостенический – у 30,8%, астенический – у 0% обследуемых. Соотношение составляет: 2,2:1:0. При определении формы живота по В.М. Жукову расширяющаяся вверх выявлена у 69,2%, овоидная – у 7,7%, расширяющаяся вниз – 23,1%. Соотношение составляет 8,9:1:3.

Проведенное дальнейшее исследование позволило выявить не только конституциональную, но и половую предрасположенность заболеваний. Так, у мужчин в 80% случаев встречается брахиморфный, в 20% случаев мезоморфный, 0% – долихоморфный типы телосложения. Соотношение составляет 4:1:0. По классификации В.М. Черноруцкого: у 60% – гиперстенический, у 40% – нормостенический, 0% – астенический тип телосложения. Соотношение составляет 1,5:1:0. При определении у мужчин полового диморфизма по Д. Таннеру андроморфный тип выявлен в 100% случаев, мезоморфный и гинекоморфный типы не выявлены (0%). Соотношение составляет: 1:0:0. При определении конституциональной принадлежности по S. Rees- Eysenck пикнический тип у 80% мужчин, нормостенический – у 20%, астенический не выявлен (0%). Соотношение составляет 4:1:0. При определении формы живота по В.М. Жукову выявлено, что в 100% случаев мужчины имели расширяющуюся вверх, в 0% – овоидную, в 0% – расширяющуюся вниз форму. Соотношение составляет 1:0:0.

Проведенное обследование женщин с данной патологией выявило, что по классификации В.Н. Шевкуненко в 62,5% случаев встречается брахиморфный, в 37,5%- мезоморфный, в 0%- долихоморфный. Соотношение составляет: 1,6:1:0. По В.Н. Черноруцкому: у 50% женщин гиперстенический, у 37,5%- нормостенический, 12,5%- астенический типы телосложения. Соотношение составляет 4:3:1. При определении полового диморфизма по Д. Таннеру андроморфный тип выявлен у 25%, мезоморфный у- 62,5%, гинекоморфный- у 12,5% обследуемых. Соотношение составляет: 2:5:1. При определении конституциональной принадлежности принадлежности по S. Rees- Eysenck пикнический тип выявлен у 62,5% , нормостенический- у 37,5%, астенический- 0%. Соотношение составляет 1,6:1:0. При определении формы живота по В.М. Жукову выявлено, что в 50% случаев они имели расширяющуюся вверх, в 12,5%- овоидную, в 37,5%- расширяющуюся вниз форму. Соотношение составляет 4:1:3.

Таким образом, проведенное обследование выявило конституциональную предрасположенность к острым кишечным инфекциям и циррозам печени смешанного генеза. У обследуемых больных чаще встречается брахиморфный тип телосложения по В.М. Шевкуненко, гиперстенический- по В.М. Черноруцкому, андроморфный тип полового диморфизма по Д. Таннеру, пикнический тип конституции по S. Rees- Eysenck преимущественно у них встречается умеренно расширяющаяся вверх форма живота. Проведенное обследование выявило и половые отличия. Как у мужчин, так и у женщин, по классификации В.М. Шевкуненко одинаково часто встречается брахиморфный тип телосложения. По В.М. Черноруцкому у мужчин и женщин чаще выявляется гиперстенический тип телосложения, но у мужчин он выявляется в 1,2 раза чаще, чем у женщин. Половой диморфизм по Д. Таннеру выявил, что преобладают мужчины с андроморфным типом телосложения. Исследования по S. Rees- Eysenck и В.М. Жукову не выявили половых различий в частоте встречаемости типов телосложения у больных.

Следовательно, существует морфологическая предрасположенность возникновения заболеваний, что требует дальнейших исследований по выявлению патогенетических механизмов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Нагоев Б.С. Острые кишечные инфекции. – Нальчик, 1997.- 287 с.
2. Окорков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. Том 1, 2-е издание, переработанное и дополненное, 2000. - С. 337-381.
3. Юшук Н.Д., Бродов Л.Е. Острые кишечные инфекции: диагностика и лечение. – М.: Медицина, 2001. – 304 с.

УДК 615.15

ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Гаврилова Ю. В., Андрианова Г. Н.

Уральская государственная медицинская академия

Кафедра управления и экономики фармации

Научный руководитель: д.ф.н., проф. Андрианова Г. Н.

Введение. В настоящее время на территории городов районного значения и малых городов Свердловской области наблюдается сокращение числа аптечных организаций. Кроме того, упраздняется сеть муниципальных аптек, в связи с их убыточностью.

Причинами нерентабельности являются низкая платежеспособность населения, транспортная труднодоступность, незначительный прирост товарооборота, существенный рост логистических расходов.

Цель. Особенно актуальным является проведение анализа финансово-хозяйственной деятельности аптек Свердловской области и поиск путей выхода из сложившейся ситуации, выявление резервов их экономической устойчивости.

Задачи. В этой связи проведено комплексное исследование финансового состояния аптечных организаций (АО), расположенных на территории городов районного значения и малых городов Свердловской области. В задачи исследования входило:

1. Проанализировать товарооборот и расходы аптечных организаций за последние 2 года;
2. Дать оценку финансовой стабильности аптечных организаций.

Объектами исследования явились 36 аптек государственной аптечной сети. Аптеки включают в себя широкую ведомственную сеть (45 аптечных пунктов 1 категории, 55 аптечных пунктов 2 категории – аптечные пункты при ФАПх), обслуживающую как город, так и сельскую местность, 4 из них являются производственными. Каждая аптека занимается лекарственным обеспечением оптовых покупателей.

Материалы и методы. Анализ проводился за 2007-2008 гг. по данным бухгалтерских балансов, отчетов о прибылях и убытках, ведомостей аналитического учета издержек обращения. Предварительно аптеки были дифференцированы по их дислокации: 1) аптеки, расположенные в г. Екатеринбург (средний товарооборот – 22 млн. руб./год), 2) аптеки, находящиеся в городах районного значения (средний товарооборот – 28 млн. руб./год), 3) аптеки малых городов и сельских поселений (средний товарооборот – 15 млн. руб./год). Сравнительный анализ показателей товарооборота и издержек обращения приведен в таблице 1.

Таблица 1

Сравнительная характеристика основных экономических показателей аптечных организаций Свердловской области

Категория АО	Количество аптек в группе	Прирост товарооборота в 2007-2008 гг.	Прирост расходов в 2007-2008 гг.
1. АО, расположенные в г. Екатеринбург	5	16%	20%
2. АО, расположенные в районных центрах	10	26%	26%
3. АО, расположенные в малых городах и сельских поселениях	21	33%	31%

Как видно из таблицы, наибольший прирост товарооборота – в 3 группе АО, что объясняется сокращением количества аптек в исследуемом регионе. Как следствие, наблюдается увеличение нагрузки на одного фармацевтического работника (367 т.р./мес. – 2007 г., 452 т.р./мес. – 2008 г.).

Одновременно происходит рост затрат на каждый процент прироста товарооборота (1 группа – 1,25; 2 группа – 1,0; 3 группа – 0,94).

Анализ издержек обращения по статьям расходов показал, что наибольший удельный вес имеют затраты на оплату труда, их доля в динамике возрастает (37% - 2007г., 43% - 2008 г.). Снизить издержки можно за счёт снижения количества прочих издержек, из которых наибольший удельный вес занимают арендная плата, транспортные расходы и расходы на услуги связи.

Исходя из оценки ликвидности и платёжеспособности, нами установлено, что большинство аптек неплатёжеспособны, коэффициенты абсолютной, промежуточной и текущей ликвидности большинства аптек ниже нормативных значений, в основном это характерно для АО третьей группы.

Показатели прибыли и рентабельности значительно колеблются. Несмотря на возрастание валовой прибыли, прибыль от продаж и чистая прибыль не увеличивается. Показатели рентабельности подвержены значительным колебаниям. Негативным фактором является снижение рентабельности запасов, рассчитываемой по валовой прибыли. В связи с тем, что показатели прибыли и рентабельности нестабильны, управление финансовым результатом аптек трудноосуществимо.

Вывод. Проведенный анализ основных экономических показателей свидетельствует о невысоких темпах роста товарооборота при одновременном росте расходов (фонд оплаты труда, арендная плата, логистические затраты), что обуславливает нестабильную финансовую устойчивость аптечных организаций. Особенно повышается риск для аптек третьей группы. Поэтому необходимо проводить мониторинг товарных запасов и величины оборотных средств путем внедрения современных компьютерных программ управления товарными запасами и дифференцированного определения нормируемых величин товарного запаса всех трех выделенных групп аптечных организаций.

ББК 60.5:63.5(571.1/.5)

КУЛЬТУРА И БЫТ НЕМЦЕВ В СИБИРИ

Газенкамф К. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра латинского и иностранных языков*

Научный руководитель: асс. Новикова С. И.

Уже несколько десятков лет на территории Сибири проживают немцы. В своей статье я постараюсь показать как изменилась их жизнь и как они повлияли на жизнь местного населения.

Основной наплыв немцев в Сибирь был в годы сталинских репрессий, когда в несколько дней была полностью переселена целая немецкая республика. На сборы были даны сутки, после чего немцев погрузили в теплушки и повезли прочь от дома... Такая массовость и авральность переселения были вызваны опасениями правительства насчёт благонадёжности немцев в условиях войны с Германией и, дабы минимизировать риски, были высланы все до единого немцы. Переселение шло в 2 основных направлениях – Средняя Азия и Сибирь. Эти районы были выбраны как наиболее удалённые от районов возможных боевых действий. По пути следования часть людей отделялась и оседала на окрестных землях, этим объясняется распространение немцев на всей южной части Союза. Но большинство немцев, добравшись до конечного пункта, оседали там. Так были заселены немцами Казахстан и Центральная Сибирь.

После нескольких дней в вагонах для скота люди оказались на голой земле с жалким скарбом, что успели взять с собой, ибо многие верили, что это всё временно и скоро они вернутся домой. Оказавшись в незнакомых условиях, в гораздо более жестких, чем на Волге, немцы всё же смогли в короткие сроки, не без помощи местного населения, смогли построить хоть и маленькие, но всё же тёплые дома. Первое время, особенно в военные годы, немцам жилось очень тяжело – доходило до того, что детей отправляли на поля, искать не выкопанные или оставленные картофелины. Но коренные русские жители не оставляли немцев в беде, помогая им чем могли. В итоге через несколько лет немецкие семьи, к слову сказать, очень большие, встали на ноги, окрепли, обзавелись собственным хозяйством и техникой. За их трудолюбие и педантичность их уважали на работе, за доброту душевную и хлебосольность уважали соседи. У немцев всегда было чем угостить гостя и где его уложить.

Таким образом, за несколько лет немцы полностью освоились на новом месте и слились с местным населением, перенимая многое у новых соседей как в быту, так и в культуре, но и сохранив многие свои обычаи и традиции.

Так, например, ввиду большой численности семьи, ели в 3 захода – сначала взрослые мужчины, потом дети, и только потом женщины, которые накрывали на стол и убирали пока ели мужчины и дети. В рацион немцев вошли новые блюда местных жителей, но и сохранились исконно немецкие, привезённые с волги – галушки, домашняя лапша, цукерброт, кребли и многие другие. Не только русская культура и обычаи повлияли на культуру немцев, но и наоборот: жители деревень, куда были переселены немцы стали более трудолюбивы, педантичны, порядочны, пить стали меньше. Таким образом обе культуры перенимали у новых соседей лучшие их черты и ассимилировали их.

Сохранению традиций в первую очередь способствовал тот факт, что главным языком общения оставался немецкий (диалект приволжских немцев отличался от hochdeutsch только произношение): старшее поколение знало его в совершенстве, они могли быстро и незаметно переходить с одного языка на другой. Но в школах требовали говорить только на русском, в результате чего поколение моих родителей язык знало уже плохо, а то и вовсе не знало. Также сохранению традиций способствовало объединение семей и усиление межсемейных связей – частые многолюдные посиделки, постоянные хождения в гости помогали немцам выдержать все невзгоды жизни.

Из вышесказанного и общения с носителями языка и культуры, можно сделать вывод, что немцы в Сибири не только не потеряли свою культуру, но и обогатили её, также они внесли не малый вклад в культуру местного населения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Барбашина Э. Страницы из истории этнической культуры (этносоциологические заметки) // Культура. Немцы Сибири. Информационно-методический бюллетень. Омск: Омскбланкиздат, 2006. 10.
2. Авт.-сост.: Ерина Е.М., Салькова В.Е. Обычаи поволжских немцев / Sitten und Bräuche der Wolgadeutschen // М.: Готика, 2001. ? 104 с. ? Рус., нем. яз.
3. Сост. Ерина Е.М., Баур Р.С., Салькова В.Е. и др. Пословицы и поговорки немцев Поволжья / М.: Готика, 2000. 208 с.
4. Смирнова Т.Б. Немцы Сибири: этнические процессы // Омск: ИЦ РУСИНКО, 2002. 210 с.
5. Lonsinger A. Sachliche Volkskunde der Wolgadeutschen // Hrsg. u. Bearb. Victor Herdt. Remshalden: Greiner 2004.

УДК 616-089.84-092.9:5891.63

ИЗУЧЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ПЛЕНЧАТЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ НА ОСНОВЕ ПОЛИОКСИАЛКАНОАТОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Галайдова Е. Н.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра общей хирургии*

Научные руководители: д.м.н., проф. Винник Ю. С., к.м.н., асс. Маркелова Н. М.

Актуальность исследования: Грыжи передней брюшной стенки являются одним из самых распространенных хирургических заболеваний. По данным К. Д. Тоскина и В. В. Жебровского (1990) до 3–4% населения имеют эту патологию. Среди заболеваний, подлежащих хирургическому лечению, грыжи передней брюшной стенки составляют 8–20%. Значимое место среди грыж данной локализации занимают врожденные и приобретенные паховые грыжи.

Возраст проблемы паховой грыжи насчитывает тысячелетия, известно, что уже во времена Цельса и Галена врачи занимались лечением паховых грыж.

За последние 150 лет интенсивного развития хирургии было предложено множество авторских методик оперативного лечения паховой грыжи, большинство из них основано на классических работах О. Марси (1865), Е. Бассини (1887), Постемпски (1887), Волфлер (1892), Гирад (1894), С. И. Спасокукоцкого (1902), М. А. Кимбаровского (1928). Вышеупомянутые методы грыжесечения с пластикой пахового канала местными тканями в свое время явились качественным прорывом, а некоторые способы широко применяются и в наши дни. Но по данным А. А. Скавиш (1991) и Л. М. Ныhus (1995) такая операционная тактика сопровождается довольно высокой частотой рецидивов, достигающей порой 35%, что на сегодняшний день не допустимо.

В последние 20–30 лет наметился переход от просто механического восстановления пахового канала – к функциональному, основанному на анатомо-физиологических особенностях пахового канала. Данным тенденциям соответствует методика, предложенная Е. Shouldice (1944). Хирургическое лечение с пластикой этим способом достоверно сопровождается значительным снижением частоты рецидивов, но, к сожалению, не исключает их.

Неудовлетворенность результатами лечения с применением традиционных способов пластики паховых грыж является основой для поиска альтернативных методик.

В современной герниологии последних лет доминирует идея пластики грыжевых ворот без натяжения тканей. Что достигается замещением дефектов тканей и укреплением частично разрушенных анатомических структур, посредством имплантации материалов различного происхождения: аутодермальных лоскутов, лоскутов поперечной фасции, аллогенной твердой мозговой оболочки, ксеногенной брюшины, металлических сеток, плетеных и монолитных сеток из полимерных материалов.

Необходимо заметить, что на сегодняшний день от применения эксплантатов, изготовленных из металлов и их сплавов отказались т.к. они не обладают необходимыми физическими свойствами и быстро разрушаются, вызывая в послеоперационном периоде ряд осложнений (P. de Smet, 1957; A. Koontz, R. Kimberly, 1959). Ауто- и аллогенные трансплантаты так же не зарекомендовали себя как идеальные материалы т.к. в ряде случаев полностью рассасывались, вызывали нагноения и реакции отторжения, сводя на нет результаты операции.

В настоящее время наибольшей популярностью пользуются синтетические полимерные материалы: полипропилен, пролен и политетрафторэтилен. Эти материалы демонстрируют значительную прочность, эластичность, относительную биологическую и химическую инертность, они не токсичны, легко стерилизуются, и более всего близки к «идеальному» биосовместимому материалу для пластики паховых грыж.

Разработан ряд довольно эффективных методик безнатяжной герниопластики с применением данных материалов, например, методы Lichtenstein I–II, Rutkow-Robbins, Gilbert, Trabucco, Wantz, Stoppa, дающие минимальный процент рецидивов. Однако они характеризуются высокой частотой послеоперационных осложнений, таких как: нагноение ран, образование гематом, сером, спаек, кишечных свищей – до 25% по данным Г. И. Лукомского (1995), связанных с вялотекущей специфической реакцией организма на чужеродный материал, из которого изготовлены сетчатые эксплантаты (полипропилен, политетрафторэтилен и т.д.). Это удлиняет сроки пребывания больных в стационаре и сказывается на конечном результате лечения.

Заживление ран — сложный, протекающий на различных уровнях (молекулярном, субклеточном, клеточном, тканевом и органном) процесс, конечной целью которого является ликвидация повреждения с максимальным восстановлением анатомической структуры при условии минимальных функциональных потерь. Репаративные процессы в ране неразрывно связаны с воспалением и формируют с ним единую реакцию на повреждение. Регуляция процессов нормального заживления ран осуществляется посредством взаимодействия медиаторов, синтезируемых клетками в зоне инфильтрата (нейтрофилами, макрофагами, лимфоцитами, тромбоцитами), резидентными клетками (фибробластами, эпителиальными клетками, эндотелием сосудов) и компонентами внеклеточного матрикса. Любое инородное тело в области заживления может привести к усилению местного воспалительного ответа. Применение современных материалов, способных в своей структуре сочетать основное вещество – полимер и лекарственные препараты различных групп (антибиотики и противовоспалительные средства) значительно расширяет область применения эндопротезов, способных предупреждать процессы воспаления в месте имплантации и улучшать репаративные свойства тканей.

Из выше сказанного следует, что, несмотря на значительные достижения в решении данной проблемы, остаются нерешенными некоторые важные вопросы, например, синтез и внедрение «идеального» биосовместимого, не вызывающего специфических осложнений, материала для безрецидивной «tension-free» пластики паховых грыж, на что и нацелено наше исследование.

Целью исследования стало изучение биологических свойств пленочных эндопротезов на основе полигидроксиканоатов с включением в состав мовалиса и гентамицина, а также комбинации их с традиционными сетчатыми эндопротезами, экспериментальное обоснование возможности применения их в клинической практике.

В задачи исследования входило: исследовать морфологические особенности при взаимодействии различных ПГА имплантатов с тканями передней брюшной стенки в эксперименте в разных позициях, и внутрибрюшинно; выявить макроскопические особенности взаимодействия пленочных эндопротезов с брюшиной и кишечной стенкой, оценить выраженность спаечного процесса при внутрибрюшном расположении эндопротеза.

Материалы и методы: В качестве объекта исследования нами были использованы белые крысы линии Vistar обоего пола с массой тела 200-250 гр.

Экспериментальная работа проводилась на базе Института биофизики СО РАН. В лаборатории хемоавтортофного синтеза на базе Института Биофизики СО РАН по оригинальной методике была создана серия экспериментальных моделей эндопротезов на основе ПГА с включением в состав полимера противовоспалительной субстанции (мовалис) или антибактериального препарата (гентамицин).

Имплантация сетчатых эндопротезов производилась животным под калипсол-дроперидоловым наркозом в стерильных условиях. Дефект передней брюшной стенки моделировали при помощи традиционной методики по Sann (иссечение участка апоневроза). Имплантанты устанавливались в одну из указанных позиций:

- под задний листок влагалища прямой мышцы живота на париетальную брюшину
- внутрибрюшинно после выполнения срединной лапаротомии

Выведение животных из эксперимента проводилось на 30 и 60 сутки наблюдения.

Распределение животных по сериям эксперимента:

1 группа – n=10, имплантация пленчатого эндопротеза на основе ПОА в позиции in lyi (под задний листок прямой мышцы на брюшину без выполнения лапаротомии)

2 группа - n=10 - имплантация пленчатого эндопротеза на основе ПОА внутрибрюшинно (после выполнения лапаротомии)

3 группа - n=10, имплантация пленчатого эндопротеза на основе ПОА с мовалисом внутрибрюшинно (после выполнения лапаротомии)

4 группа - n=10, имплантация пленчатого эндопротеза на основе ПОА с гентамицином внутрибрюшинно

5 группа - n=10, комбинация пленчатого эндопротеза с мовалисом и сетчатого эндопротеза на основе полипропилен (Etikon, Швейцария) внутрибрюшинно (после выполнения лапаротомии).

Результаты и обсуждение: в ходе эксперимента летальных случаев не отмечено. Воспалительные изменения выявлены у трех животных 5 группы (30%) и 2-х животных (20%) 2 группы.

У животных 5 группы на 30 сутки было зафиксировано пролабирование эндопротеза в брюшную полость с формированием вокруг спаечного конгломерата, на 60-е сутки наблюдения были сформированы плотные конгломераты, состоящие из париетальной брюшины, сальника.

При анализе результатов аутопсии животных 2 группы на 30 и 60-е сутки в брюшной полости отмечался умеренный спаечный процесс без вовлечения петель кишечника, грыжевой дефект к 60-ым суткам представлял собой плотный, сформированный рубец.

У животных 1, 3, 4 групп имплантация эндопротезов протекала более благоприятно. Спаечного процесса в брюшной полости не зафиксировано. Местной воспалительной реакции тканей на трансплантат, сращений петель кишечника, рубцовых изменений в области передней брюшной стенки не отмечено.

Однако при формировании рубцовых тканей в 4 группе отмечено более выраженная местная воспалительная реакция.

При исследовании препаратов передней брюшной стенки у животных 1 группы воспалительных изменений в месте имплантации и брюшной полости не наблюдалось. К концу наблюдения на 60-е сутки был сформирован мягкий состоятельный рубец без признаков воспаления.

Таким образом, применение эндопротезов на основе ПОА в непосредственном контакте с брюшиной и органами брюшной полости не вызывает воспалительной реакции тканей передней брюшной стенки и брюшной полости, а также не способствует развитию спаечного процесса в брюшной полости при внутрибрюшинном расположении, что требует дальнейшего изучения и имеет практическое значение в плане клинического использования при осложненных грыжах, где необходимо внутрибрюшное расположение эндопротеза и замещение дефекта брюшины.

При использовании пленчатых эндопротезов на основе ПОА, нагруженных препаратом группы нестероидных противовоспалительных средств мовалисом, и антибактериальным препаратом гентамицином достоверно реже развиваются воспалительные изменения в месте имплантации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. The Trabucco technique in the treatment of inguinal hernias; A six-year experience / M. Cucci, A. De Carlo, P. Di Luzio et al. // Minerva Chir. – 2002. – V. 57, N. 4. – P. 457-459.
2. Аллопластика по Трабукко в лечении грыж передней брюшной стенки / А. А. Чистяков, А. Е. Митичкин, Г. Ю. Осокин и соавт. // Альманах Института Хирургии имени А.В.Вишневского. – 2008. – Т. 3, № 2 (1). – С. 92-93.
3. Современная тактика хирургического лечения паховых грыж / А. В. Юрасов, Д. А. Федоров, А. Л. Шестаков и соавт. // Анн. хир. – 2002. – № 2 – С. 54-59.
4. Федоров, В. Д. Эволюция лечения паховых грыж / В. Д. Федоров, А. А. Адамян // Хирургия. – 2000. – № 3. – С. 51-53.
5. Douglas, J. M. Lichtenstein inguinal herniorrhaphy using sutures versus tacks / J. M. Douglas, W. N. Young, and D. B. Jones // Hernia. – 2002. – V. 6, N. 3. – P. 99-101.
6. Lichtenstein inguinal hernioplasty using butyl-2-cyanoacrylate versus sutures. Preliminary experience of a prospective randomized trial / W. Nowobilski, M. Dobosz, T. Wojciechowicz et al. // Eur. Surg. Res. – 2004. – V. 36, N. 6. – P. 367-370.

О МЕТОДАХ ОЧИЩЕНИЯ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ

Галиева В. Г., Игнатъева В. С., Приказчикова И. В., Шюкюрова Г. А., Золотухина В. М.

Красноярский государственный университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра ортопедической стоматологии

Научный руководитель: д.м.н. Манашев Г. Г.

В наше время люди пожилого и старческого возраста не всегда правильно ухаживают за полными съемными пластинчатыми протезами. Они не подразумевают, что плохая гигиена протеза приводит к неприятному запаху изо рта и является нарушением самочувствия слизистой оболочки протезного ложа, что влечет за собой увеличение числа микроорганизмов во рту. В области протеза задерживается пища и жидкость, что является питательной средой для разного рода бактерий. И главным правилом для лиц, носящих зубные протезы: это чистка зубной щеткой с пастой до и после еды; протезы нельзя мыть в горячей воде, так как они от этого деформируются, и обязательно снимать на ночь.

Цель нашей работы заключается

1) Сравнить эффективность очищения зубных протезов обычной зубной пастой (Паста№1), с зубной пастой в состав которой введены модифицированные детонационные наноалмазы 1% концентрации (МДНА), (Паста№2).

2) Сравнить эффективность очищающей способности Пасты№1 с Пастой№2, после предварительного помещения протезов в растворы: пищевой соды и раствор таблеток для очищения зубных протезов.

3) Оценить повреждающую активность Пасты№1 и Пасты№2 по отношению к зубным протезам.

Материалы и методы: Было взято 10 полных съемных пластинчатых протеза на верхнюю челюсть. Протезы ранее ношены пациентами от 60-70 лет в течении 1-2 лет.

Все протезы подвергались распилу с помощью микроматора на 3 части и последующей маркировки еще на 2 части. Затем проводилось микрофотографирование поверхностей всех полученных частей протеза (6 поверхностей).

1а. часть протеза подвергалась воздействию Пасты№2 без предварительной обработки содовым раствором либо раствором таблеток для очищения зубных протезов.

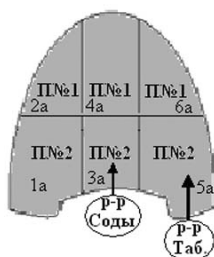
2а. часть протеза подвергалась воздействию Пасты№1 без предварительной обработки содовым раствором либо раствором таблеток для очищения зубных протезов.

3а. часть протеза подвергается воздействию Пасты№2, с предварительной обработкой в содовом растворе.

4а. часть протеза подвергается воздействию Пасты№1 с предварительной обработкой в содовом растворе.

5а. часть протеза подвергается воздействию Пасты№2 с предварительной обработкой раствором таблеток для очищения зубных протезов.

6а. часть протеза подвергается воздействию Пасты№1 с предварительной обработкой раствором таблеток для очищения зубных протезов. Над остальными протезами были проведены такие же манипуляции.



До проведения испытываемые части протезов микрофотографировались и степень загрязненности фиксировалась, визуально, под микроскопическим увеличением делались фотографии. После чего 3а и 4а части обрабатывались раствором соды (1 чайная ложка на 1 стакан воды (1:16)=6% р-р замачивание на 8 часов). 5а и 6а обрабатывались раствором таблеток для очищения зубных протезов (1 таблетка на 1 стакан воды замачивание на 8 часов). Оставшиеся части 1а и 2а подвергались обработке Пастой№1 и Пастой№2. После проведения всех мероприятий все части протеза микрофотографировались, делались фотографии. После экспозиции в растворах соды и таблеток для очищения зубных протезов и их микрофотографировании части протеза подвергались чистке с пастами: 3а, 5а обрабатывались Пастой№2, а части 4а, 6а Пастой№1, после чего все части протеза снова микрофотографировались результат фиксировался при помощи микрофотографии.

При чистке протез фиксировался в лабораторной машине трения, зубная щетка перемещалась возвратно-поступательными движениями, сила прижатия щетки к поверхности протеза составляла 300 г/с, что соответствует прогибу щетинок зубной щетки в реальных условиях.

Результаты исследования и их обсуждение: При оценке эффективности очищающей способности Пасты№1, и Пасты№2 (МДНА 1% концентрации) без предварительной экспозиции частей протеза в содовый раствор или раствор таблеток для очищения зубных протезов очищающий эффект был выявлен у обеих паст, но более выражен он был у пасты №2.

При оценке эффективности очищающей способности Пасты№1, и Пасты№2 (МДНА 1% концентрации) после предварительной экспозиции в содовом растворе и растворе таблеток для очищения зубных протезов было отмечено. Очищающий эффект более выражен на тех образцах, которые подвергались обработке раствором таблеток для очистки зубных протезов, нежели после экспозиции в растворе соды. Так же можно отметить то, что эта закономерность была отмечена со стороны обеих исследуемых паст, но очищающий эффект был более выражен у пасты №2. (МДНА 1% концентрации).

При оценке повреждающей способности обеих зубных паст по отношению к зубным протезам можно сказать следующее, ни паста№1 ни паста№2 не оказывает повреждающего воздействия на протез, но при этом можно отметить, что структура протеза меняется после экспозиции его в растворе соды, пластмасса бледнеет. На основании полученных данных можно сказать о том, что зубная паста№2 обладает более эффективной очищающей способностью нежели паста№1.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гаврилов Е. И., Щербаков А. С. Ортопедическая стоматология, — М., 1984. — С. 82
2. Ортопедическая стоматология: Рук. для врачей, студ. вузов и мед. училищ / Н.Г. Аболмасов, Н.Н. Аболмасов, В.А. Бычков, А. Аль-Хаким. М.: МЕДпресс-информ. 2002.
3. Трезубов В.Н. и др. Энциклопедия ортопедической стоматологии. СПб.: Фолиант.2007

УДК 616.314-089.28:618.173:615.256.51

ВЛИЯНИЕ ЛОКАЛЬНОЙ ЭСТРОГЕНОТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ ПЕРИОД НА СОСТОЯНИЕ ДЕСНЫ И СРОКИ АДАПТАЦИИ К СЪЕМНЫМ ПЛАСТИНОЧНЫМ ПРОТЕЗАМ

Ганисик А. В.

Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра ортопедической стоматологии

Научный руководитель: д.м.н., проф. Орешака О. В.

Одним из современных и перспективных направлений лечения пациентов с дефектами зубных рядов является протезирование с использованием имплантатов. Однако по-прежнему съёмные зубные протезы остаются одними из самых распространённых методов ортопедического лечения больных с частичным и, особенно с полным отсутствием зубов, в основном в силу социально-экономических особенностей данного контингента пациентов, что весьма актуально для нашего региона.

Нуждаемость в протезировании у жительниц Алтайского края старше 50 лет составляет 89,8% [3]. Большая часть из этих женщин находится в постклимактерическом периоде жизни, когда на фоне дефицита эстрогенов возникает ряд метаболических изменений в организме, в том числе в органах и тканях полости рта [2]. Дефицит эстрогенов ведет к истончению, атрофии эпителия, развитию воспаления в слизистой оболочке полости рта, что затрудняет использование съёмных пластиночных протезов [1,4].

Цель исследования: Изучить влияние локальной эстрогенотерапии у женщин в постменопаузальный период жизни на состояние слизистой оболочки протезного ложа и сроки адаптации к съёмным пластиночным протезам.

Материалы и методы исследования: В соответствии с поставленными задачами проведено клинико-лабораторное исследование 24 женщин в возрасте от 48 до 52 лет с частичным отсутствием зубов на верхней и/или нижней челюстях, ранее не пользующихся съёмными пластиночными протезами. Обследование проводилось непосредственно перед наложением протезов, через две недели и через три месяца.

В группу наблюдения вошли 13 женщин постменопаузального периода жизни, которым в течение десяти дней после наложения съёмных пластиночных протезов проводились аппликации кремом «Овестин» (0,1% эстриол, АО Органон Осс, Голландия). В группу контроля вошли 11 женщин постменопаузального периода, которым при протезировании никаких дополнительных лечебных мероприятий не проводилось.

Интенсивность поражения зубов кариесом оценивалась по индексам КПУ и КПУп, гигиеническое состояние полости рта определялось по индексу Федорова – Володкиной. Распространенность воспаления десен оценивалась с помощью индекса ПМА. Интенсивность кровоточивости определялась по индексу Muhlemann, в модификации Cowell.

Всем обследуемым пациенткам в специализированной лаборатории проводилось цитологическое исследование мазков со слизистой оболочки протезного ложа, с определением индексов дифференцировки и кератинизации. Мазки брались с передней трети твердого неба и с альвеолярного отростка верхней и альвеолярной части нижней челюстей в области отсутствующих 1.5, 1.6, 2.5, 2.6, 3.5, 3.6 и 4.5, 4.6.

Каждая пациентка на протяжении трех месяцев заполняла разработанную нами анкету, позволяющую судить о сроках адаптации к съёмным пластиночным протезам.

Сравнительный анализ проводился с учётом нормальности распределения вариационных рядов и использованием параметрических (Стьюдент) и непараметрических (Вилкоксон, Манн-Уитни) критериев с использованием программы статистической обработки данных StatSoft Statistica 6.1.

Результаты исследования: Результаты проведённого исследования показали, что значения индексов КПУ и КПУп как в контрольной группе женщин ($18,0 \pm 3,0$; $19,0 \pm 2,9$), так и в группе сравнения ($17,5 \pm 3,2$; $18,5 \pm 2,9$) значительно не отличались и не изменялись за период наблюдения.

Значения гигиенического состояния полости рта по индексу Фёдорова - Володкиной в обеих группах женщин значительно не отличались и соответствовали среднему уровню. Наложение съёмных пластиночных протезов и применение аппликаций не оказали сколько-нибудь заметного влияния на изучаемый показатель в динамике (табл. 1).

Таблица 1

**Показатели индекса гигиены по Фёдорову-Володкиной (баллы)
у женщин постменопаузального периода жизни ($M \pm m$)**

Группа	Исходное	Через 2 недели	Через 3 месяца
Контрольная группа (n = 11)	$2,0 \pm 0,3$	$2,02 \pm 0,3$	$2,06 \pm 0,3$
Группа наблюдения (n = 13)	$2,06 \pm 0,3$	$1,98 \pm 0,3$	$2,0 \pm 0,3$

В то же время у женщин обеих групп при практически одинаковом исходном состоянии распространенности воспаления десен наблюдалось значимое уменьшение значений индекса ПМА у пациенток с локальным применением крема «Овестин» с момента наложения съёмных пластиночных протезов до трех месяцев их ношения (табл. 2). У женщин контрольной группы, напротив, регистрировалось увеличение распространенности воспаления десен к третьему месяцу наблюдений.

Таблица 2

**Показатели распространенности воспаления десен (ПМА, %)
у женщин постменопаузального периода жизни (M±m)**

Группа	Исходное	Через 2 недели	Через 3 месяца
Контрольная группа (n = 11)	11,5±2,1	12,1±1,9 p < 0,05	12,3±2,5 p < 0,05
Группа наблюдения (n = 13)	11,0±2,2	9,5±1,7 p < 0,05 p ₁ < 0,05	9,0±2,0 p < 0,05 p ₁ < 0,05

Примечание: p – достоверность рассчитана по отношению к исходному состоянию;
p₁ – достоверность рассчитана по отношению к группе контроля

Подобная ситуация наблюдалась и при анализе значений кровоточивости десен по Мюлеману (табл.3). Несмотря на раздражающее действие съемных пластиночных протезов на околозубные ткани локальное применение 0,1% крема эстриола у женщин постменопаузального периода способствовало существенному уменьшению кровоточивости десен по отношению к группе контроля.

Таблица 3

**Показатели кровоточивости десен по Мюлеману (баллы)
у женщин постменопаузального периода жизни (M±m)**

Группа	Исходное	Через 2 недели	Через 3 месяца
Контрольная группа (n = 11)	1,3±0,4	1,6±0,4	1,7±0,4
Группа наблюдения (n = 13)	1,6±0,4	0,8±0,3 p < 0,05 p ₁ < 0,01	0,9±0,3 p < 0,05 p ₁ < 0,05

Примечание: p – достоверность рассчитана по отношению к исходному состоянию;
p₁ – достоверность рассчитана по отношению к группе контроля

Результаты цитологического исследования мазков со слизистой оболочки протезного ложа у женщин с локальным применением эстриола под базисы съемных пластиночных протезов свидетельствовали об усилении степени созревания эпителия по отношению к исходному состоянию в отличие от женщин контрольной группы, у которых наблюдалось замедление процессов дифференцировки эпителиоцитов (табл. 4).

Таблица 4

**Показатели индекса дифференцировки эпителиоцитов слизистой оболочки протезного ложа
у женщин постменопаузального периода (M±m)**

Показатели	Исходное			Через 2 недели			Через 3 месяца		
	в/ч а	тв н	н/ч а	в/ч а	тв н	н/ч а	в/ч а	тв н	н/ч а
Контрольная группа (n = 11)	399,0±60,4	392,7±39,7	417,3±23,4	387,7±58,3 p < 0,01	384,9±37,0 p < 0,01	413,7±24,5	386,2±59,7 p < 0,01	381,2±36,7 p < 0,01	412,5±23,3 p < 0,01
Группа наблюдения (n = 13)	407,5±52,1	396,4±36,6	417,0±28,8	431,0±35,2	407,3±31,8 p < 0,05	435,7±31,1 p < 0,05	423,0±42,6	402,5±43,9 p < 0,05	432,0±29,4 p < 0,05

Примечание: в таблице использованы сокращения: в/ч а – альвеолярный отросток верхней челюсти, тв н – твердое небо, н/ч а – альвеолярная часть нижней челюсти; p – достоверность рассчитана по отношению к исходному состоянию

Анализ результатов индекса кератинизации показал, что у женщин группы сравнения регистрировалось уменьшение его значений, причем достоверное в области слизистой оболочки твердого неба верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти, а у женщин контрольной группы, наоборот, наблюдалось увеличение показателя ороговения эпителия (табл. 5).

Анализ заполненных пациентками анкет указывал на достоверное (p≤0,05) уменьшение сроков полной адаптации к съемным пластиночным протезам у женщин с локальным применением эстриола (20,7±2,6 дней) по отношению к группе контроля (26,9±2,0 дней).

Таблица 5

**Показатели индекса кератинизации эпителиоцитов слизистой оболочки протезного ложа
у женщин постменопаузального периода (M±m)**

Показатели	Исходное			Через 2 недели			Через 3 месяца		
	в/ч а	тв н	н/ч а	в/ч а	тв н	н/ч а	в/ч а	тв н	н/ч а
Контрольная группа (n = 11)	78,2±12,2	81,7±9,9	68,5±13,5	80,3±12,1 p < 0,05	82,8±9,5	70,6±13,2 p < 0,05	82,1±8,2 p < 0,01	83,0±10,3	72,0±11,8
Группа наблюдения (n = 13)	73,1±26,5	78,5±15,0	67,2±15,2	68,8±30,0	75,7±17,8	63,2±19,7	64,1±33,8	67,9±23,1 p < 0,05	53,9±24,8 p < 0,05

Примечание: в таблице использованы сокращения: в/ч а – альвеолярный отросток верхней челюсти, тв н – твердое небо, н/ч а – альвеолярная часть нижней челюсти; p – достоверность рассчитана по отношению к исходному состоянию

Заключение:

Таким образом, локальное применение эстрогенов у женщин в постменопаузальный период жизни при использовании съёмных пластиночных протезов оказывает благоприятное воздействие не только на слизистую оболочку протезного ложа, но и на сроки адаптации, уменьшая их.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Козлова А.Ю., Изотова Е.В., Петрова Т.Г., Бгатова Н.П. Структурная организация микроциркуляторного русла слизистой оболочки полости рта в условиях гипоестрогенного состояния. // Материалы II Всероссийской научной конференции «Микроциркуляция в клинической практике». - Москва, 2006. - С. 25-26.
2. Орешака О.В., Недосеко В.Б., Варшавский Б.Я., Аккер Л.В. Особенности стоматологического статуса при дефиците половых стероидов у женщин с естественной и хирургической менопаузой. // Институт стоматологии. - 2003. - №3(20). - С. 38-40.
3. Туликова Л.Н., Швеиц М.В. Состояние стоматологического здоровья и мотивация населения Алтайского края на его сохранение // Труды VII Всероссийского съезда стоматологов: Материалы VII Всероссийской науч.- практ. конференции. - Москва, 2001. - С. 349-351.
4. Friedlander A.H. The physiology, medical management and oral implications of menopause / A.H. Friedlander // J. Am Dent. Assoc. - 2002. - Vol. 133, № 1. - P. 73-81.

УДК 314.02

ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ С ВВЕДЕНИЕМ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ»

Глушкова И. С.

*Челябинская государственная медицинская академия
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии*
Научный руководитель: к.м.н., асс. Пешиков О. В.

Актуальность проблемы. Одной из важнейших проблем современной России является происходящее последние 15 лет нарастание негативных тенденций в демографической сфере: резкое падение рождаемости, рост смертности, снижение средней продолжительности жизни, уменьшение числа браков и разводов. Современный уровень рождаемости в два раза меньше необходимого для простого воспроизводства населения. В связи с демографическим кризисом проблемы акушерства в России воспринимаются особенно остро, а также из-за более высокой материнской и младенческой заболеваемости и смертности по сравнению с развитыми странами Европы. Для изменения сложившейся ситуации разрабатываются и воплощаются в жизнь «Приоритетные национальные проекты», программа которых была сформулирована президентом России В.В. Путиным 5 сентября 2005 года в обращении к правительству, парламенту и руководителям регионов. Проект «Здоровье» стартовавший с 1 января 2006 года, был разработан для совершенствования медицинской помощи, улучшения ситуации в здравоохранении и создание условий для его последующей модернизации в Российской Федерации.

В рамках проекта «Здоровье» основное внимание уделяется такой мере государственной поддержки родителей, как родовый сертификат, что предполагает стимулирование работы женских консультаций и родильных домов на территории России, которое должно привести к улучшению ситуации в родовспоможении, снижению материнской и младенческой смертности, повышению уровня сопровождения беременности и обслуживания [5]. Если ранее многие специалисты, стремясь избежать серьезной ответственности, а нередко и несправедливых упреков, старались держаться в стороне от акушерства, то в настоящее время внимание к акушерству повысилось и в медицинской среде, и в обществе. Улучшение условий жизни и здоровья беременных – это задача государства, при ее выполнении показатели материнской смертности сравниваются с таковыми в развитых странах [3, 4].

Цель и задачи исследования: изучить динамику основных демографических показателей в Российской Федерации и Челябинской области с момента введения в действие программы родовых сертификатов приоритетного национального проекта «Здоровье».

Материалы и методы: нами было проведено ретроспективное изучение годовых отчетов Федеральной службы государственной статистики «Российский статистический ежегодник» и годовых отчетов медицинского информационно аналитического центра министерства здравоохранения Челябинской области «мониторинг фактических показателей для оценки эффективности деятельности органов местного самоуправления городских округов и муниципальных районов в сфере здравоохранения за 2005-2008 годы».

Полученные результаты. Численность постоянного населения Российской Федерации в 2008 г. составила 142 млн. человек и с начала года уменьшилась на 117,4 тыс. человек, или на 0,08% (в 2007 г. - на 223,4 тыс. человек, или на 0,16%, в 2006 году - на 520,7 тыс. человек, или на 0,37%). Более 53% (75,207 млн.) населения в 2008 году составляют женщины, половина (37,8 млн.) из которых находятся в репродуктивном возрасте - периоде, определенном природой для рождения детей. Сокращение численности населения происходило из-за естественной убыли населения, которая в 2008 г. уменьшилась по сравнению с 2007 г. на 105,4 тыс. человек, а в 2006 на 194,5 тыс. человек, что составило показатель естественной убыли населения соответственно -2,6, -3,4 и -4,9. В целом по стране превышение числа умерших над числом родившихся составило 1,2 раза (в 2007 г. - 1,3 раза, а в 2006 г. - 1,5). В 2008 г. в России отмечалось увеличение числа родившихся и снижение числа умерших, и данная тенденция наблюдается на протяжении последних 4 лет (табл. 1).

Так, если отдельно рассмотреть материнскую смертность, которая в последние годы в России снижается, то она связана с условиями жизни, здоровьем беременных и уровнем медицинской помощи. Основные показатели здоровья населения зависят в первую очередь от социальных условий. Условия жизни существенно не улучшились, кризисные явления в экономике остаются. В многочисленных исследованиях отмечается ухудшение здоровья беременных женщин. Следовательно, улучшилась медицинская помощь, которая обусловила устойчивое снижение материнской смертности и улучшение ее структуры.

За последний год в России значительно сократилась и младенческая смертность. Об этом заявила директор Департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздравсоцразвития РФ Широкова В.И. За девять месяцев 2008 года показатель младенческой смертности в России составил 8,8 случаев на 1000 родившихся живыми

детей, тогда как в 2007 году он достигал 9,4. Материнская смертность с января по сентябрь 2008 года составила 17,3 случая на 100 тысяч родившихся живыми детей в год в год, против 22 случаев в течение прошлого года. Кроме того, 2008 год демонстрирует неплохие показатели рождаемости. По данным учета родовых сертификатов, с начала года в России родилось около 1,2 миллионов детей, что на 100 тысяч больше, чем за аналогичный период прошлого года. «Это самый высокий показатель рождаемости за последние 16 лет», - отметила Широкова [2].

Таблица 1

Основные демографические показатели в РФ

Показатели	2005	2006	2007	2008
Численность населения (на конец года), тыс. человек	143474	142754	142221	142009
Число родившихся на 1000 человек населения	10,2	10,4	11,3	12,1
Число умерших на 1000 человек населения	16,1	15,3	14,7	14,7
Естественный прирост, убыль (-) на 1000 человек населения	-5,9	-4,9	-3,4	-2,6
Показатель младенческой смертности на 1000 родившихся живыми	11	10,3	9,6	8,7
Материнская смертность на 100000 родившихся живыми	25	24	22	17,3*

* данные на сентябрь 2008 года

Одной из главных задач органов здравоохранения Челябинской области является формирования и реализация социальной политики, направленной на улучшение здоровья и качества жизни населения. Социальная политика Челябинской области строится в русле социальной политики государства и во взаимодействии с органами государственной власти, в первую очередь с органами власти всех субъектов РФ, поэтому и картина изменения демографической ситуации в Челябинской области в целом повторяет ситуацию в Российской ситуации.

Таблица 2

Основные демографические показатели в Челябинской области

Показатели	2005	2006	2007	2008
Численность населения (на конец года), тыс. человек	3551	3531	3517	3511
Число родившихся на 1000 человек населения	10,4	10,8	11,7	12,9
Число умерших на 1000 человек населения	16,3	15,5	15,0	15,1
Естественный прирост, убыль (-) на 1000 человек населения	-5,9	-4,7	-3,3	-2,2
Показатель младенческой смертности на 1000 родившихся живыми	11,0	9,4	9,3	9,2

Незначительная положительная динамика рождаемости и смертности сокращает значение показателя естественной убыли населения с – 5,9 в 2005 году до – 2,2 на 1000 населения в 2008 году (табл. 2).

Значительную роль в улучшении демографической ситуации сыграли областные целевые программы реализации национальных проектов. Под четкий контроль поставлена реализация федеральных мер, направленных на повышение рождаемости и снижение смертности населения, в том числе в сфере охраны здоровья матери и ребенка, повышения эффективности системы здравоохранения Челябинской области. Важнейшее значение для развития положительных демографических тенденций имело принятие законов и программ Челябинской области, направленных на защиту материнства и детства («Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера», «Здоровье», «Дети Южного Урала», «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера на 2005 - 2008 годы», «Противодействие злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту»), реализация комплекса мер по обеспечению доступности жилья и дошкольного образования – это именно те меры, которые создают семье благоприятные условия для рождения и воспитания ребенка [1].

За 2008 год в Челябинской области родилось почти 42,5 тысячи детей. По сравнению с 2007 годом появилось на 3 тысячи больше младенцев. Около половины всех рожденных в этом году, как и в 2007 году, это первые дети в семье. Также растет число родителей, которые не останавливаются на первом ребенке и продолжают расширять свои ячейки общества. Рождение второго ребенка в семье произошло на 2 тысячи человек больше, чем в прошлом. Третьими детьми в семье стали на 500 больше маленьких южноуральцев. Количество новорожденных, у которых уже больше 3-х братьев и сестер, увеличилось по сравнению с прошлым годом на 200 новых граждан – всего таких 965 младенцев.

Однако положительные демографические тенденции остаются неустойчивыми, темпы роста рождаемости пока недостаточны для коренного улучшения демографической ситуации и обеспечения стабильного прироста населения Челябинской области.

Среди положительных демографических тенденций – снижение младенческой и материнской смертности. С 2005 года уровень младенческой смертности в нашей области стал ниже среднероссийского, и в 2006 он составил 9,4 ребенка на 1000 родившихся, в 2007 – 9,3, в 2008 – 9,2.

Положительный результат достигнут в значительной степени с помощью программы «Родовый сертификат», реализуемой с января 2006 года в составе национального приоритетного проекта в сфере здравоохранения. Реализация программы «Родовый сертификат» охватила более 92% рожениц: в результате были оплачены услуги по оказанию медицинской помощи для 2,6 млн. женщин и для 403,3 тыс. детей, которые наблюдались в поликлиниках в течение первого года жизни.

Работа учреждений родовспоможения области по системе родовых сертификатов позволила дополнительно привлечь с начала 2008 года 283 млн. рублей федеральных средств, что позволило не только повысить заработную плату медицинским работникам, но и улучшить снабжение лечебных учреждений необходимым медицинским оборудованием, расходными материалами и наиболее эффективными медикаментами для оказания качественной помощи матерям и детям.

Управлением здравоохранения внедрены современные организационные формы: Городской консилиум по профилактике материнской смертности, городской перинатальный консилиум, постоянно действующая комиссия по младенческой смертности.

Выводы. Главным условием успеха осуществления государственной демографической политики является объединение усилий всего общества, органов государственной власти федерального и регионального уровней, органов местного самоуправления, структур гражданского общества, бизнеса, самих людей в восстановлении демографического благополучия и переходе к приросту населения, в создании благоприятных условий для повышения рождаемости, преодоления высокой смертности. Таким образом, благодаря целому комплексу мер, предпринимаемых в рамках реализации приоритетного национального проекта и областной программы «Здоровье» удалось достичь существенных успехов в деле реформирования и модернизации системы здравоохранения области, ориентированного, прежде всего на повышение качества и доступности оказания медицинской помощи населению и, как следствие, изменение демографической ситуации в лучшую сторону. Эффективность организационных и финансовых мер подтверждается целевыми индикативными показателями, отражающими ход реализации Программы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Постановление Правительства Челябинской области от 20 сентября 2007 г. N 202-П «Об изменениях в областную целевую Программу реализации национального проекта «Здоровье» в Челябинской области на 2006-2007 годы»
2. Сайт Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. - <http://www.minzdravsoc.ru/health/prior>
3. Сайт Федеральной службы государственной статистики. - www.gks.ru
4. Серов В.Н. Профилактика материнской смертности // Русский медицинский журнал: независимое издание для практикующих врачей. - 2008. - Том 16, N 1. - С. 1-4
5. Хоптян Д.А., Степанов В.В., Финченко Е.А. Родовой сертификат как механизм реализации права выбора медицинского учреждения // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Юридическое и деонтологическое обеспечение прав российских граждан на охрану здоровья», Национальная Ассоциация медицинского права, Москва-Новосибирск 13-14 сентября 2006 г. (под ред. Ю.Д. Сергеева)

УДК 591.5:612.83:612.393.1.014

АНАЛИЗ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕЙРОНОВ СПИННОГО МОЗГА МОЛОДЫХ ЖИВОТНЫХ ПОСЛЕ ОСТРОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ЛЕГКИМИ АЛКОГОЛЬНЫМИ НАПИТКАМИ

Говорина Ю. Б.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра биологии с экологией и курсом фармакогнозии*

Научные руководители: д.б.н., доц. Орлянская Т. Я., асс. Устинова Т. И.

Актуальность. В последнее время наблюдается тенденция к снижению среднего возраста начала употребления алкогольных напитков. [2,3,4,6] С этих позиций актуальность проблемы детского и юношеского алкоголизма является очевидной. Изучение перестроек, происходящих на уровне клетки, позволяет определить не только ее адаптационные возможности, но и оценить перспективы восстановления субпопуляций клеток, тканей и как следствие - организма в целом при различном характере экзогенного воздействия. ЦНС автоматически регулирует равновесие между поступлением и использованием веществ, обеспечивая колебания жизненно важных показателей в допустимых пределах. [1,2,5,7] Стремясь к поддержанию гомеостаза, организм вынужден проявлять активность. Если рассматривать активность как ансамбль поведенческих реакций, то дирижировать им будет нервная система. Таким образом, нервная система обеспечивает выживание организма как целого. Поэтому изучение структурной пластичности нервной ткани в ответ на перенесенное воздействие является важным направлением в нейробиологии и в медицине.

Цель исследования. Проанализировать морфологические перестройки в популяциях нейронов и глиоцитов спинного мозга молодых животных обоего пола, происходящих при остром воздействии слабыми алкогольными напитками.

Задачи исследования

1. Изучить морфометрические характеристики нейро-глиальных популяций спинного мозга интактных молодых животных.
2. Оценить с позиций анализа морфометрических характеристик реакции клеточных популяций спинного мозга молодых животных через 6 часов после острого воздействия пивом.
3. Сопоставить результаты контрольной и опытной групп и оценить на уровне изучаемых характеристик приспособительные реакции нейронов и глии.

Материал и методы исследования. В работе использованы 2 группы беспородных белых крыс массой 140-150г: интактная и опытная. Животным опытной группы перорально вводили высокую дозу 6% пива («Балтика»), в расчете 53 мл на 1кг массы. Через 6 часов после моделирования воздействия производили забор материала, не вступая в противоречия с инструкцией Международной конвенцией по использованию лабораторных животных (1985г).

Изъятый мозг фиксировали по стандартной гистологической технике для нервной ткани, с последующим изготовлением серийных срезов с использованием санного микротомы «Slide 2002». Готовые срезы толщиной 5мкм окрашивали по Нисслю (в модификации по Викторову) на выявление рибонуклеопротеидных комплексов (РНП).

На гистологических препаратах исследовали моторные ядра грудного и поясничного отделов спинного мозга.

Информационный материал обрабатывали по следующим направлениям:

- 1) Измерение линейных размеров клетки (осуществляли при помощи светового микроскопа с использованием окуляр-микрометра -МОВ-1х15).
- 2) Оценка степени хромофилии, или выраженность базофильного вещества (определяли на окрашенных по Нисслю препаратах). При этом выделяли клетки с сохранной структурой: нормохромные (ядро, с четко дифференцированным ядрышком, расположенное в центре клетки и светлая цитоплазма с хорошо различимыми глыбками тигроида), гиперхромные – «темные» (согласно литературным данным для них характерно повышение функциональной активности) и гипохромные – «светлые» (функциональная активность значительно снижена). Тотально-гиперхромные клетки (темная цитоплазма и едва различимое ядро) относили к пограничной группе. А также рассматривали клетки с изменениями необратимого характера – сморщенные и клетки с тотальным хроматолизом - «клетки-тени». [4,6]

3) Анализ глио-нейронального показателя (отражающий число клеток макроглии - сателлитной – «связанной» или «свободной», - приходящееся на один нейронит).

4) Расчет плотности распределения нейронов и глии на фиксированную единицу площади (1 мм²).

Полученную информацию статистически обрабатывали с использованием параметрического критерия Стьюдента для больших выборок (n=100).

Анализ комплексных данных по изучаемым морфометрическим признакам проводили по стандартной методике с использованием пакета программ «Microsoft Excel».

Результаты исследования. Проведенные исследования показали, что после перенесенного воздействия в опытной группе по сравнению с интактными животными в исследуемых клеточных популяциях по оценке степени хромофилии наблюдалось достоверное снижение числа нормохромных клеток (контроль - $66,3 \pm 2,329$; $72,72 \pm 2,4$; $71,53 \pm 6,58$ и опыт - $21,6 \pm 7,2$; $23,3 \pm 9,2$; $22,9 \pm 10,1$ в популяциях крупных, средних и малых нейроцитов соответственно; $p < 0,01$) за счет увеличения числа гиперхромных (контроль - $17,7 \pm 1,4$; $13,9 \pm 1,6$; $10 \pm 2,6$ и опыт, соответственно, - $26,2 \pm 8,9$; $33,5 \pm 13,6$; $32,4 \pm 10,1$; $p < 0,01$) и тотально-гиперхромных (контроль - $3,26 \pm 0,7$; $1,25 \pm 0,7$; $6,17 \pm 2,8$ и опыт - $16 \pm 7,4$; $21,6 \pm 6,8$; $33,6 \pm 10,8$; $p < 0,05$), а также появление сморщенных клеток и «клеток-теней». В экспериментальной группе отмечена тенденция к увеличению глио-нейронального индекса, характеризующего число сателлитарных глиоцитов на один нейронит (контроль - $1,742 \pm 0,7$; $0,76 \pm 0,6$; $0,54 \pm 0,42$ и опыт - $1,747 \pm 0,8$; $1,73 \pm 1,25$; $0,59 \pm 0,38$; $p < 0,01$, в популяции больших нейронов изменения не достоверны). Наблюдалось увеличение размеров клеток в популяции средних и малых нейроцитов (контроль - $99,46 \pm 30,1$; $37,27 \pm 6,7$ и опыт - $113,67 \pm 21,42$; $51,98 \pm 14,6$; $p < 0,01$), обусловленное увеличением массы цитоплазмы (на 29% и 41% в популяции средних и малых соответственно; $p < 0,05$). Ядерно-цитоплазматическое отношение достоверно уменьшается на 7% по сравнению с контролем в популяции крупных нейронов и достоверно уменьшение его значения в популяции малых нейронов (на 17,65%; $p < 0,05$).

Обсуждение полученных данных. После перенесенного воздействия мотонейроны трех субпопуляций (мелких, средних и крупных) показали однонаправленную реакцию относительно базофильной субстанции: снижение в популяциях числа нейронов, работающих в оптимальном режиме и нарастание нейронов, накапливающих в своей цитоплазме рибонуклеопротеидные комплексы. Появление нейронов в пограничном состоянии, согласно литературным источникам [2,4], отражает функциональное перенапряжение клеток. Изменение размеров нейронов, нарастание гиперхромии, можно, вероятно, отнести к проявлениям компенсаторного характера, а уменьшение их плотности распределения, а также значительное уменьшение плотности глиоцитов, как свободных, так и сателлитных – это проявления процессов декомпенсации [2,3,4].

Таким образом, однократное острое воздействие высокой дозы пива приводит к существенному нарушению динамического равновесия в клеточных популяциях шейного и поясничного отдела спинного мозга экспериментальных животных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мошонкина Т. Р. Морфофункциональные основы восстановления локомоторных движений у крыс с полной перерезкой спинного мозга / Т. Р. Мошонкина, Е. Г. Гилеревич, Е. А. Федорова и др. // Бюл. эксперимент. биол. и мед. - 2004. - Т. 137, №8. - С. 225-229.
2. Петров А. В. Морфологические механизмы адаптационных (компенсаторно-приспособительных) форм морфологической изменчивости нервнотканевых элементов ЦНС при действии антропогенных факторов / А. В. Петров, В. П. Федоров // Механизмы синаптической передачи: матер. Всерос. конф. - М.: Икар, 2004. - С. 69.
3. Федоров В. П. Морфологическая изменчивость нейроглии в ЦНС при действии антропогенных факторов / В. П. Федоров, А. В. Петров // Новое в изучении пластичности мозга: матер. конф. - М.: НИИ мозга РАМН, 2000. - С. 90.
4. Федоров В. П. Экологическая нейроморфология. Классификация типовых форм морфологической изменчивости ЦНС при действии антропогенных факторов / В. П. Федоров, А. В. Петров, Н. А. Степанян // Журн. теоретической и практ. мед. - 2003. - Т. 1, №1. - С. 62-66.
5. Художков Р. М. Цитохимия белков в раскрытии закономерностей структурной и функциональной организации мозга / Р. М. Художков // Вестн. РАМН. - 2001. - № 4. - С. 43-48.
6. Шорманов С. В. Структурные изменения головного мозга больных хроническим алкоголизмом / С. В. Шорманов // Архив патол. - 2006. - №1. - С. 19-22.
7. Ярыгин В. Н. Регенерация спинного мозга крыс после торакальной сегментэктомии: восстановление анатомической целостности спинного мозга / В. Н. Ярыгин, В. В. Банин, К. Н. Ярыгин // Морфология. - 2005. - Т. 127, Вып. 2. - С. 39-43.

УДК 616-036.22: 618.11-007.6 (575.2)

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РЕДКИХ ФОРМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЖЕНСКИХ ГЕНИТАЛИЙ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Головачев С. В., Сааданбекова А. Д., Макимбетов Э. К., Макиева К., Умарова С. И.

Кыргызско-Российский Славянский университет

Национальный центр онкологии

Кафедра специальных клинических дисциплин

Научный руководитель: д.м.н., проф. Макимбетов Э. К.

Актуальность проблемы. Рак вульвы в общей структуре онкологической заболеваемости составляет 1-2% [84]. Наиболее высокий показатель заболеваемости (4,4 на 100000) регистрируется в Перу, Бразилии, Португалии, Французской Полинезии. В США данный показатель равен 2,2 на 100000 женщин в год и в 10 раз выше в возрастной группе старше 75 лет. Низкие показатели заболеваемости в Китае, Японии, Корее и среди азиатских женщин, проживающих в США [1, 6]. Во многих странах, в том числе и в России, получить информацию о частоте рака вульвы не представляется возможным, т. к. данная опухоль объединяется с раком влагалища. Единственные Российские данные представлены по популяционному раковому регистру Санкт-Петербурга – показатель заболеваемости составляет 1,3-1,4 на 100000 [1]. Плоскоклеточный рак составляет 90% всех ЗН вульвы, в остальном встречаются меланома, аденокарцинома, рак Бартолиновой железы, саркомы. В среднем, I стадия заболевания диагностируется в 20% случаев, II – в 32%, III – в 35%, IV – в 13%.

Этиология рака вульвы остаётся неясной. Установлено, что инфицированность 16 и 18 типами ПВЧ диагностируется в 80-90% внутриэпителиального рака вульвы, в то время как при инвазивном раке этот показатель составляет 2-23%. Другими предрасполагающими факторами этиологии рака вульвы, по мнению многих исследователей, следует считать курение, атрофический склеродерматоз и иммуносупрессию [3, 5].

В плане лечения больным раком вульвы чаще всего используется лучевая терапия – 47,3%, хирургическое вмешательство в 32,2%, а комбинированное лечение лишь у 14,4% пациенток. Частота местных рецидивов составляет от 8% при I стадии до 80% при IV. Наилучшие показатели пятилетней безрецидивной выживаемости получены в группе пациентов после проведения комбинированного лечения – 58,7% [4]. Наиболее важным прогностическим фактором у больных раком вульвы является только стадия заболевания. В целом, по данным РОНЦ им. Н. Н. Блохина и Международного общества изучения рака вульвы, общая пятилетняя выживаемость у больных I стадии составляет 86,5%, II – 67,7%, III – 40,3%, IV – 21,7% [6].

Цель исследования. Изучение основных эпидемиологических особенностей рака вульвы в Кыргызстане. Задачи нашего исследования были – изучение частоты заболеваемости раком вульвы, по возрастных показателей заболеваемости, этнических и территориальных особенностей.

Методы исследования. Материалом настоящего исследования служили данные о всех случаях редких злокачественных новообразованиях (ЗН) у женщин по информации, предоставляемой специализированными и неспециализированными лечебными учреждениями республики, а также ЗАГС, Госкомстата, отдела демографии МЗ КР. Смертность больных с редкими формами опухолей была изучена по материалам извещений республиканского медико-информационного центра и патологоанатомического бюро. Для исключения дублирования была проведена алфавитизация массива данных. Изучены все случаи редких злокачественных опухолей у взрослых в Кыргызской Республике, и затем сгруппированы согласно Международной классификации болезней (МКБ-10).

По данным Национального центра онкологии (НЦО) Минздрава КР в Кыргызстане за 1995-2005 гг. было зарегистрировано 123 женщины, больных раком вульвы. Заболеваемость высчитывалась по данным обращаемости. В связи с тем, что основным направлением дескриптивной эпидемиологии является изучение пространственных и временных изменений частоты злокачественных опухолей, проведено вычисление прямо или косвенно стандартизованных показателей заболеваемости редкими ЗН у взрослого населения республики. Использованы методы графического и пространственного анализа, исследования по картографированию частоты редких ЗН в определенном регионе.

Результаты исследования. В республике за исследуемый период времени было зарегистрировано 123 больных раком вульвы. В общей структуре (ЗН) в Кыргызстане рак вульвы составил 0,08%. Среднегодовой показатель заболеваемости раком вульвы за исследуемый период времени был зарегистрирован на уровне 0,38 на 100 тыс. При подсчете по возрастных показателей заболеваемости обнаружено, что наиболее высокие уровни отмечены в возрастной группе 70-74 лет (27,6% или 4,33 на 100 тыс.). В общем на возраст старше 60 лет приходилось 90 или 73,1% от всех зарегистрированных больных.

С целью получения стандартизованных показателей заболеваемости раком вульвы по мировому стандартному населению, нами использованы данные мирового населения, а также формулы подсчета стандартизованного показателя заболеваемости. Таким образом, стандартизованные показатели заболеваемости раком вульвы и влагалища в Кыргызстане были равны 0,32+0,036, тогда как грубые показатели были несколько выше – 0,38.

Показатели заболеваемости выше названными редкими злокачественными новообразованиями женских гениталий в зависимости от национальной принадлежности были следующие. При раке вульвы было зарегистрировано 59 кыргызок (47,9%), 55 русских (44,7%), 2 узбечки (1,6%) и 7 женщин (5,6%) других этнических групп. При раке вульвы относительно высокие уровни заболеваемости были выявлены у русских и других европейских представителей (1,17 на 100 тыс. соответствующей популяции), что значительно было выше, чем у кыргызов (ОР=4,2, $p < 0,001$) или узбечек (ОР=29,25) и других национальностей (ОР=1,1).

При изучении показателей заболеваемости в зависимости от условий проживания выше указанными злокачественными новообразованиями было выявлено следующее: показатели заболеваемости при раке вульвы у жителей, проживающих в городской местности были выше, чем в селе (0,45 и 0,34 при ОР=1,32, $p > 0,05$). Т.е. относительный риск заболеть раком вульвы был примерно одинаковым для обеих популяций.

При изучении региональных особенностей распространения редких форм злокачественных новообразований гениталий у женщин было выявлено, что рак вульвы наиболее часто встречался в г. Бишкеке (34,9%) и Чуйской области (31,7%). Соответственно показатели заболеваемости в этих регионах были наиболее высокие (0,71 и 0,66). Объяснение этого факта находится в относительно высокой частоте русской и европейской популяции в указанных регионах. А как известно, и это было показано нами тоже, заболеваемость раком вульвы была в несколько раз выше среди европейских этнических групп, чем коренных.

Таким образом, одногодичная выживаемость женщин раком вульвы, подсчитанная по методу Каплан-Мейер была равна 71,8%. К 20 месяцу выживаемость снизилась до 53,8%. И, наконец к 4 году наблюдения были живы 46,2% больных. Общая пятилетняя выживаемость не превышала 40%, а именно 38,5%. Стандартная ошибка показателей частоты выживаемости S.e. (standart error) была подсчитана по следующей формуле:

$$S.e. (P) = \sqrt{0,385 (1-0,385) / 21} = 0,106$$

При этом 95% доверительный интервал (Confidence interval) был равен:

$0,385 + 1,96 \times 0,106 = 0,177$ и $0,593$. Таким образом, пятилетняя выживаемость при раке вульвы равнялась 38,5%, верхние и нижние границы отклонений были соответственно равны 0,177 и 0,593.

Выводы:

1. Рак вульвы является редкой патологией в структуре общей онкологической заболеваемости и составляет 0,08%.
2. Стандартизованный показатель заболеваемости равен 0,032 на 100. населения.
3. Имеется определенная этническая и географическая вариабельность в распространении рака вульвы в Кыргызстане: относительно высокие уровни отмечены среди русских и др. европейских этнических групп, по сравнению кыргызками.
4. Пятилетняя выживаемость больных раком вульвы равна 38,5%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Урманчеева А. Ф. Эпидемиология рака вульвы. Факторы риска и прогноза. //Практическая онкология. – 2006. – Т. 7. - №4. – С. 189-196.
2. Мерабишвили В. М. Выживаемость онкологических больных. / Санкт-Петербург: «ИПК Бюнт», 2006. – 438 с.
3. Жаров А. В., Важенни А.В. Оптимизация лечения больных раком вульвы. /Челябинск, 2005. – 250 с.
4. Катюшина В. О., Карпушкина Т.К., Денисова Г.А. Результаты лечения рака вульвы. //Материалы VI Всероссийского съезда онкологов «Современные технологии в онкологии». – Ростов на Дону, 2005. – Т. 1. – С. 175-176.

УДК 53.07, 53.082

УСТРОЙСТВО СКАНИРУЮЩЕГО ЗОНДОВОГО МИКРОСКОПА

Голофаев Д. О., Мамрукова О. В., Сколпень О. Е.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра медицинской и биологической физики*

Научный руководитель: к.ф.-м.н., доц. Квашнина О. П.

Микроскопия – совокупность методов наблюдения изображений мелких структур или деталей, невидимых невооруженным глазом, при помощи микроскопа или другого увеличивающего инструмента. В узком смысле под микроскопией понимают технику использования микроскопа. Существует три главные отрасли микроскопии: оптическая, электронная и сканирующая зондовая.

Сканирующая зондовая микроскопия – это наиболее молодое и вместе с тем перспективное направление в исследовании свойств поверхности: она позволяет не только видеть атомы и молекулы, но и воздействовать на них. При этом – что особенно важно – объекты могут изучаться не обязательно в вакууме (что обычно для электронных микроскопов), но и в различных газах и жидкостях.

Зондовые микроскопы имеют рекордное разрешение – менее 0,1 нм. Они могут измерить взаимодействие между поверхностью и сканирующим ее микроскопическим острием – зондом – и выводить трехмерное изображение на экран компьютера. Вначале принцип механического сканирования с помощью микрозонда нашел применение в сканирующей туннельной микроскопии, а затем на этой основе был разработан более универсальный метод атомно-силовой микроскопии.

В состав СЗМ – комплекса обычно входит компьютер, который управляет работой электромеханической части микроскопа, принимает и записывает регистрируемые зондом данные, производит на их основе построение СЗМ – изображения и, кроме того, позволяет обрабатывать полученное изображение, без чего подчас бывает трудно или вообще невозможно проанализировать наблюдаемую картину.

Точность сканирующих зондовых микроскопов уже недостаточна для современной наноиндустрии. Основные проблемы СЗМ связаны с недостаточно острыми кончиками зондов. Принцип работы зондового микроскопа напоминает считывание информации проигрывателем с виниловых дисков, когда прибор улавливает тонкие механические колебания иглы и преобразует их в звуковые. Очевидно: чем меньше размер иглы, тем более миниатюрной может быть и пластинка. Когда идет речь о сканировании «пластинки», имеющей нанометровый масштаб, то и размер иглы должен быть соответствующим, но на этом уровне мы сталкиваемся с различными проблемами, в том числе связанными с проявлением квантовых свойств вещества. Поэтому существующие сейчас иглы зондов СЗМ быстро окисляются, затупляются и разрушаются при жестких контактах с поверхностью.

В сканирующих зондовых микроскопах исследование микрорельефа поверхности и ее локальных свойств проводится с помощью специальных зондов в виде игл. Рабочее острие таких зондов имеет размеры порядка 10 нм (0,00001 мм). Характерное расстояние между зондом и поверхностью образцов в зондовых микроскопах составляет 0,1–10 нм.

На зондовом датчике прикреплен тончайший усик длиной 0,1 мм – кантилевер. На конце кантилевера перпендикулярно к его плоскости расположен острый зонд, невидимый глазу.

В основе работы зондовых микроскопов лежат различные типы взаимодействия зонда с поверхностью. В самом простом случае острие зонда находится в непосредственном соприкосновении с исследуемой поверхностью. Зондовый датчик движется вдоль поверхности и при приближении иглы к образцу между ними возникает обменное взаимодействие, приводящее к взаимному притяжению. Притяжение начинает чувствоваться кантилевером на расстояниях порядка десятков ангстрем. Сканируя по поверхности с поддержанием постоянной силы притяжения, можно получить информацию о рельефе поверхности.

Упрощенная схема работы СЗМ: при движении зонда считывается сигнал. Если зонд обойдет весь участок, то потом программа может построить карту распределения измеряемой величины и, например, воссоздать рельеф сканированной поверхности.

Методы сканирующей зондовой микроскопии используются для получения предельных разрешений поверхности, вплоть до топографии на атомарном уровне. Сканирующие зондовые микроскопы используются в научно-исследовательских целях для изучения свойств поверхности материалов, полупроводников, диэлектриков, полимеров, биологических структур и тканей, пленочных структур, молекулярных кластеров, порошков и т.д.

Зондовые микроскопы сейчас практически незаменимая техника для революционных преобразований в биотехнологической отрасли за счет вмешательства в структуру клетки и перестройки ДНК, для диагностики вирусов и злокачественных опухолей в медицине и т.д.

С её помощью совершаются наиболее сенсационные открытия в генетике и медицине, создаются материалы с удивительными свойствами. Однако уже в ближайшее время ожидается прорыв, и прежде всего, в медицине и микроэлектронике появятся микророботы, доставляющие по сосудам лекарства непосредственно к больным органам, будут созданы миниатюрные суперкомпьютеры.

Тщательное и аккуратное применение сканирующей зондовой микроскопии позволяет получить полезную информацию об объектах живой природы нанометрового размера. Преимущество зондовой микроскопии лежит не только в информативности и наглядности метода, но и в возможности играть роль не только пассивного наблюдателя, но и активно-го творца, работающего на уровне отдельных атомов и молекул.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Герасименко Н., Пархоменко Ю. Мир Материалов и технологий// Техносфера. - Москва, 2007. С. 350

РОЛЬ СКРИНИНГ-ДИАГНОСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Голубчикова М. В., Ковалев М. И.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра патологической физиологии*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Рагинене И. Г.

Актуальность проблемы. Каждый пятый человек после 30 лет постоянно храпит во сне. Часто храп воспринимается как неприятный, но безопасный звуковой феномен. К сожалению, это не так. Нарушения дыхания у спящего человека приводят к резкому ухудшению качества сна. Головные боли, постоянная сонливость, раздражительность - это лишь часть симптомов, которые может испытывать хронически невысыпающийся человек. Храп является предвестником и одним из основных проявлений синдрома обструктивного апноэ сна.[5] В последние годы получены убедительные данные, подтверждающие тесную взаимосвязь различных патологических процессов с нарушениями дыхания во время сна, такими, как синдром обструктивного апноэ во сне. Ряд исследователей считают, что у некоторой категории больных именно нарушения дыхания во время сна являются причиной развития АГ, которая в этих случаях рассматривается как вторичная форма.[4]

Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) - это состояние, характеризующееся наличием храпа, периодическим спадением верхних дыхательных путей на уровне глотки и прекращением легочной вентиляции при сохраняющихся дыхательных усилиях, снижением уровня кислорода крови, грубой фрагментацией сна и избыточной дневной сонливостью. Основным маркером СОАС является обструктивное апноэ – прекращение носоротового потока на 10 секунд и более при сохраняющихся дыхательных усилиях, что обусловлено спадением дыхательных путей на уровне глотки. В период ночного апноэ у данных больных развивается гипоксемия, которая может приводить к развитию различных патологических процессов в сердечной мышце и нервной ткани. Гипоксия – это патологическое состояние, возникающее при недостаточном снабжении тканей организма кислородом или нарушении его усвоения в процессе биологического окисления. Наиболее чувствительны к кислородной недостаточности центральная нервная система, мышца сердца, ткани почек, печени. Различают следующие формы гипоксических состояний: Гипоксическая гипоксия – форма кислородной недостаточности, обусловленная снижением содержания кислорода во вдыхаемом воздухе, например при подъёме на высоту, при затруднении проникновения кислорода в кровь из органов дыхания вследствие их заболеваний и нарушения проводимости дыхательных путей; при расстройстве дыхания. Гемическая гипоксия, возникающая при уменьшении количества гемоглобина, способного присоединить кислород (уменьшении кислородной ёмкости крови), развивается при кровопотерях, отравлении окисью углерода, при радиационных воздействиях. Циркуляторная гипоксия наблюдается при нарушениях кровообращения, приводящих к снижению количества крови, притекающей к тканям в единицу времени. Тканевая гипоксия – форма, связанная с изменениями активности дыхательных ферментов, вследствие чего ткани не могут использовать кислород, содержащийся в омывающей их крови (развивается при нарушениях обмена витаминов, при отравлениях некоторыми ядами, например цианидами). В зависимости от скорости нарастания гипоксии различают острую и хроническую формы. При острой гипоксии в первую очередь страдает функция высших отделов центральной нервной системы, а при хронических – функция сердечно-сосудистой системы, дыхания, системы крови. В связи с выше сказанным, актуальным является проведение исследования пациентов с подозрением на СОАС.[3,5]

В настоящее время в диагностике СОАС методом «золотого» стандарта является полисомнографическое исследование (ПСГ), основанное на мониторингировании ряда показателей, позволяющих качественно или количественно оценивать процессы дыхания во сне. В последние 10-15 лет получил развитие новый неинвазивный метод определения насыщения гемоглобина артериальной крови кислородом – аппарат Apnea Link, который отличается повышенной точностью и стабильностью измерений. Показано, что аппарат, являясь адекватным методом количественной оценки выраженности гипоксических эпизодов, может использоваться для выявления группы риска и скрининговой диагностики нарушений дыхания во время сна. Это связано с тем, что характерные для СОАС эпизоды апноэ, как правило, приводят к выраженному снижению насыщения гемоглобина артериальной крови кислородом (НГАКК). С восстановлением проходимости дыхательных путей и вследствие возникшей вслед за эпизодом апноэ гипервентиляции происходит рост насыщения гемоглобина артериальной крови кислородом до исходного уровня и выше. Таким образом, эпизоды апноэ сопровождаются достаточно характерной динамикой НГАКК.[1,2]

Цель нашей работы. Выяснить возможности диагностики СОАС в условиях сомнологического кабинета для дальнейшего наблюдения и лечения больных людей.

Нами были поставлены следующие задачи:

1. Произвести отбор больных с наличием жалоб на нарушение сна.
2. Провести анкетирование больных по шкале дневной сонливости и провести скрининг анкетирование на СОАС.
3. Приобрести навыки работы с аппаратом Apnea Link.
4. Провести расшифровку полученных данных полного обследования аппаратом.
5. Сделать выводы с учетом полученных результатов скрининг диагностики.

Материалы и методы исследования. В условиях сомнологического кабинета, нами было обследовано 118 человек. Средний возраст - $52 \pm 1,5$ года. Аппарат Apnea Link – ночная скрининг диагностика нарушения сна. Проводился подсчет показателей: количество апноэ, гипопноэ, средний пульс, среднюю сатурацию, индекс апноэ/гипопноэ.

Результаты: В ходе исследования было установлено, что из 118 обследуемых больных у 81,5 % наблюдался храп. У 76,8 % это проявлялось в любом положении тела. В течение ночи, у больных отмечалась выраженная гипоксия, о чем доказывает низкий показатель кислорода в крови – 92%. Индекс апноэ-гипопноэ, который отражает среднее число всех респираторных событий за 1 ч сна, значительно превышал норму и составил в среднем 32 эпизода за ночь. В ходе анкетирования было выяснено, что 27,6 % обследуемых больных, имели фактор риска (курение) развития СОАС и гипоксии. 84,6% обратившихся, страдали различными сосудистыми патологиями. Таким образом, на основании полученных данных, можно сказать, что метод скрининг диагностики позволяет выявить пациентов с наличием СОАС для дальнейшего

патогенетически обоснованного лечения. Очевидно, что предложенная методика пульсоксиметрического мониторингирования (аппаратом Apnea Link), включающего количественную оценку наличия и выраженности патологических изменений в ночные часы, может рассматриваться как метод выбора для скрининговой диагностики СОАГС.

Выводы:

1. Больным, имеющим длительный анамнез нарушения сна, необходимо проводить анкетирование на выявление патологии сна.
2. При наличии подозрения на СОАС необходимо проводить более тщательную и глубокую диагностику.
3. С учетом выявленного гипоксического состояния у данной категории лиц, необходим контроль и лечение для уменьшения развития патологических процессов.
4. Рекомендовать больным, проводить наблюдение своего состояния и необходимости посещения сомнологического кабинета.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бабак С.Л., Белов А.М., Калистов Д.Ю. и соавт. Диагностика и методы терапии нарушений, возникающих у пациентов во время сна // Клинический вестник. – Москва, 1997. - №1. - С.6-24
2. Буниatian М.С., Зелеван П.А., Ощепкова Е.В., Рогоза А.Н. Пульсометрия: возможности и ограничения метода для скрининговой диагностики синдрома обструктивного апноэ/гипопноэ во сне. Ультразвуковая и функциональная диагностика. – Москва, 2003. – С. 125-131
3. Зелеван П.А., Буниatian М.С., Ощепкова Е.В., Рогоза А.Н. Синдром обструктивного апноэ во сне: клиническая значимость и взаимосвязь с артериальной гипертензией. – Москва, 2002. – С. 18-22
4. Зелеван П.А., Ощепкова Е.В., Арабидзе Г.Г. Синдром апноэ во сне и артериальная гипертензия. – Москва, 1997. - С. 8-13
5. Чазова И.Е., Литвин А.Ю. Синдром обструктивного апноэ сна и связанные с ним сердечно-сосудистые осложнения. – Москва, 2002. – С. 86-91

УДК 616.891.4/.6:616.12-008.331.1-036.65

РОЛЬ НЕВРОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ В ФОРМИРОВАНИИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИИ ЭСSENЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Гомбоева А. С.

Сибирский государственный медицинский университет

НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Кафедра клинической психологии и психотерапии

Научный руководитель: к.м.н., доц. Казанцева Н. В.

Актуальность проблемы. На сегодняшний день проблема диагностики и лечения эссенциальной артериальной гипертензии (ЭАГ) является весьма актуальной, поскольку данное заболевание значительно снижает качество жизни пациента. Особенно высок риск осложнений и смертности при особых формах ЭАГ («non-dipper» и «night-peaker»), при которых наблюдается недостаточное снижение и, более того, повышение артериального давления (АД) в ночное время суток. При данных вариантах суточного профиля АД наблюдается чрезмерная нагрузка на сердечно-сосудистую систему (ССС), поскольку повышенные показатели АД наблюдаются круглосуточно, не снижаясь в ночное время.

Особую важность представляет диагностика психологических симптомов у больных с ЭАГ, поскольку на основе такой диагностики предоставляется возможность осуществить планирование психотерапевтических вмешательств с учетом индивидуального суточного ритма пациентов [3,4,8,9]. В литературе имеется множество данных, описывающих невротические состояния у больных ЭАГ, при этом особого внимания заслуживает наличие у больных ЭАГ депрессивных, тревожных и других невротических расстройств [1,2,4,5,7,8,9]. При этом, к сожалению, отсутствуют данные о психологических особенностях больных ЭАГ в зависимости от их суточного профиля, а особенно больных с наиболее неблагоприятными вариантами суточного профиля по типу «non-dipper» и «night-peaker».

Мы полагаем, что невротические и аффективные симптомы могут явиться важным звеном в сложной цепочке формирования того или иного хронобиологического профиля АД, а также негативно влиять на показатели суточного мониторинга АД (СМАД), характеризующие тяжесть ЭАГ. Выявление данных симптомов является очень актуальным также в связи с выбором терапии, нацеленной на психопатологических паттернов, как факторов возникновения неблагоприятного варианта суточного профиля АД и более тяжелого течения ЭАГ.

Цель исследования: оценить вклад невротических состояний у больных ЭАГ в формирование варианта хронобиологического профиля.

Задачи исследования:

1. Выяснить влияние невротических расстройств на показатели СМАД, характеризующие тяжесть течения ЭАГ.
2. Выделить наиболее значимые невротические расстройства, определяющие формирование неблагоприятного суточного профиля АД по типу «non-dipper» и «night-peaker».

Материалы и методы. В соответствии с поставленной целью и задачами пациенты с ЭАГ обследованы в отделении артериальных гипертензий НИИ кардиологии Томского научного центра Сибирского отделения Российской Академии медицинских наук (руководитель отделения профессор, д.м.н. В.Ф.Мордовин).

Всего обследовано - 49 больных, в том числе мужчин - 27 (56,5%), женщин - 22 (43,5%).

Средний возраст мужчин – 51,3 года, женщин -53,3 года.

Средняя продолжительность заболевания – 14,17±3,23.

Комплекс обследования включал суточное мониторирование АД и оценку невротических состояний с помощью «Клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний» В.Д. Менделевича.

Общепринято оценивать следующие параметры СМАД [3]:

1. Средние значения АД;
2. Индекс нагрузки давлением (индекс времени);
3. Суточный ритм (суточный индекс);
4. Утренний подъем АД;
5. Вариабельность АД.

С учетом поставленной цели нами проводилась оценка суточного (циркадного) ритма АД, которая в норме характеризуется плавным ночным снижением АД во время ночного сна с достижением минимальных цифр около полуночи. Утром АД медленно поднимается.

В соответствии с показателем суточного индекса (СИ) выделяют следующие варианты суточного профиля АД:

1. «dipper» - суточный профиль, при котором снижение АД в ночные часы составляет 10-20% относительно дневных показателей, является нормативным. СИ = 10-20%.

2. «non-dipper» - суточный профиль, при котором наблюдается недостаточное ночное падение АД, СИ <10%.

3. «over-dipper» - суточный профиль, при котором в ночные часы регистрируется чрезмерное падение показателей АД, СИ более 22%.

4. «night-peaker» - суточный профиль, при котором показатели АД в ночное время превышают дневные, СИ (7).

Наряду с клинической оценкой нами была проведена оценка невротических состояний по «Клиническому опроснику для выявления и оценки невротических состояний» В.Д. Менделевича.

Опросник используется с целью исследования наличия и оценки невротических расстройств по разным шкалам – шкала тревоги, невротической депрессии, астении, истерического типа реагирования, obsessивно-фобических нарушений, вегетативных нарушений. Анализ литературы позволяет констатировать, что данные невротические состояния являются факторами риска возникновения и развития ЭАГ. Следовательно, оценка уровня выраженности данных невротических расстройств у лиц с разными вариантами суточного профиля позволит выявить среди них факторы их возникновения.

«Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний» В.Д. Менделевича состоит из 68 вопросов, включающих вопросы по каждой из шкал.

При проведении анализа полученных данных пациенты по каждой шкале были разделены на две группы: 1 – с невротическим состоянием, 2 - без невротического состояния. С помощью непараметрического критерия Стьюдента выявлена степень значимости различий между данными выборками по суточному индексу АД (показателю, определяющему принадлежность к тому или иному варианту суточного профиля).

Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение. Выявлены статистически значимые различия показателей СМАД у пациентов с невротическим состоянием и без него. Так, у пациентов с тревогой снижение систолического АД в ночные часы составило $7,50 \pm 4,31\%$, а у пациентов без тревоги $13,19 \pm 7,52\%$ ($p=0,04$). То есть показатели степени ночного снижения у пациентов без тревоги соответствовали нормативным ($N=10-20\%$) и у них преобладал нормальный тип суточного профиля, в то время как у тревожных пациентов наблюдалось недостаточное снижение АД в ночное время, а, следовательно, преобладал суточный профиль по типу «non-dipper». Полученные статистически значимые показатели особенностей тревоги и типа суточного профиля позволяют нам предположить некоторую роль тревоги в формировании характера колебания АД в течение суток и формировании определенного варианта суточного профиля, в частности «non-dipper». Возможно, именно длительное непрекращающееся ощущение напряжения и тревоги способствует постоянной активации симпатической нервной системы и, как следствие, повышению показателей АД и днем, и ночью.

Сравнительный анализ пациентов с депрессией и без депрессии показал статистически значимое повышение показателей среднесуточного систолического АД ($147,52 \pm 16,60$ мм.рт.ст., $137,96 \pm 13,25$ мм.рт.ст. соответственно, $p=0,03$) и времени гипертензии систолического АД в ночное время ($77,31 \pm 20,56\%$, $57,61 \pm 31,30\%$ соответственно, $p=0,02$). То есть в большей части ночного времени у пациентов с депрессией регистрируются повышенные показатели систолического АД. На основании полученных данных мы можем констатировать значение депрессии в ухудшении показателей СМАД. Причем, можно предположить, что именно ночная гипертензия вносит преимущественный вклад в повышенные среднесуточные показатели АД. Следует отметить, что хоть депрессия и не оказывает влияния на формирование того или иного суточного профиля АД, но она вносит существенный вклад в изменение показателей АД у пациентов с ЭАГ, повышая их и способствуя появлению ночной гипертензии. Это так же является прогностически крайне неблагоприятным ввиду сильнейшей нагрузки на ССС и повышения риска смертности вследствие данного расстройства.

В группе пациентов с астенией (по сравнению с пациентами без астении) выявлено статистически значимое ухудшение показателей как систолического АД, так и диастолического АД. Так, суточный индекс систолического АД позволил отнести пациентов с астенией ($8,50 \pm 3,08\%$) к группе неблагоприятного суточного профиля по типу «non-dipper». Показатели же суточного индекса диастолического АД у пациентов с астенией ($14,43 \pm 7,14\%$) и без нее ($19,61 \pm 7,09\%$) хоть и соответствовали нормативным (10-20%), но различия между ними были статистически значимыми ($p=0,02$). Такое более неблагоприятное влияние астении на показатели СМАД рядом авторов [6] объясняется тем, что пациент находится уже на более поздней стадии стресса, когда происходит истощение организма, а, следовательно, ухудшение показателей АД.

Сравнительный анализ результатов суточного мониторингирования АД у пациентов с истерическими, obsessивно-фобическими, вегетативными симптомами и без таковых не выявил статистически значимых различий.

Выводы:

1. Выраженность изменений показателей СМАД у больных с ЭАГ ассоциируется с тревожными, депрессивными и астеническими состояниями.

2. Наиболее значимыми невротическими состояниями, определяющими формирование неблагоприятного суточного профиля АД по типу «non-dipper» являются тревожные и астенические расстройства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вейн А.М., Окнин В.Ю., Хаспекова Н.Б. Состояние механизмов вегетативной регуляции при артериальной гипотензии // Журнал неврологии и психиатрии. 1998. – № 4. – С. 20-24.
2. Еремеев М.С. Варианты психосоматического развития при гипертонической болезни // Журнал неврологии и психиатрии. 1974. – Вып. 4. – С. 1699-1703.
3. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Терещенко С.Н. Клиническое значение суточного мониторингирования артериального давления для выбора тактики лечения больных артериальной гипертонией // Кардиология. – 1997. – № 9. – С. 98-103.
4. Костокрыз М.А., Корнилов А.А., Агафонов Т.Н. Психосоматические аспекты гипертонической болезни // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2005. – № 1 (35). – С. 49-51.
5. Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Шальнова С.А. и др. Депрессивные расстройства в общей медицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога. // Болезни сердца и сосудов. – 2004. № 3. - С. 11-14.

6. Старчина Ю.А., Парфенов В.П., Чазова И.Е. и др. Когнитивные функции и эмоциональное состояние больных, перенесших инсульт, на фоне антигипертензивной терапии // Инсульт. – 2005. № 15. – С. 39–44.
7. Судаков К.В. Церебральные механизмы в генезе артериальной гипертензии при эмоциональном стрессе // Вестник РАМН. – 2003. – № 12. – С. 70–74.
8. Ходжаев А.И., Салимова Н.Р. Психологические расстройства у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология Узбекистана. – 2006. – № 1. – С. 37–42.
9. Markovitz J.H., Matthews K.A., Kannel W.B. et al. Psychological predictors of hypertension in the Framingham // JAMA. – 1993. – Vol. 279. – P. 2439–2443.

УДК 616. 33. 342 – 002. 44 - 091

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ (ДПК) ПОСЛЕ ЗАШИВАНИЯ ПРОБОДНОЙ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ

Горбунова С. А., Прокушева Т. Г.

Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра общей хирургии

Научные руководители: д.м.н, проф. Оскретков В. И., к.м.н. Климов А. Г.

Актуальность проблемы: Несмотря на современные методы консервативной терапии, количество осложнений язвенной болезни не имеет тенденции к снижению, из них частота перфораций гастродуоденальных язв составляет 10-17% (1-3). Основным методом лечения больных прободной гастродуоденальной язвой является зашивание перфоративного отверстия. В отдаленные сроки у 60% больных возникает рецидив язвенной болезни, так как зашивание прободной язвы не устраняет причины, способствующие развитию заболевания (4-6).

Цель работы: изучить морфофункциональные изменения желудка и ДПК для выявления факторов риска рецидива заболевания.

Материалы исследования: основу работы составили результаты обследования 68 больных, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении после зашивания прободной пилородуоденальной язвы. Большее число из них было мужчин в возрасте от 17 до 60 лет (средний возраст 38,5 лет). Сроки обследования после операции составили от 1 месяца до 6 лет. Объем проводимых исследований: ФГДС, гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки желудка (СОЖ) и ДПК, определение обсемененности СОЖ *Helicobacter pylori*, рентгеноскопия желудка и ДПК, гастродуоденоманометрия, дуоденодебитоманометрия, манометрия пищеводно-желудочного перехода, суточная внутрижелудочная рН-метрия.

По данным гастродуоденоманометрии у 60% (12±4) больных было отмечено снижение моторной функции желудка, при этом больше чем у половины пациентов было выявлено нарушение координации сокращений в антрум-пилородуоденальной зоне (55%). При проведении дуоденодебитометрии у 2/3 больных был зарегистрирован дуоденогастральный рефлюкс, а у 1/4 пациентов были признаки хронической дуоденальной непроходимости различной степени выраженности. Суточная внутрижелудочная рН-метрия у 47,4% больных зафиксировала гиперацидное состояние, при этом среднее значение рН в желудке был 1,1±0,4. По данным ФГДС гастроэзофагеальный рефлюкс был выявлен у 4 пациентов (5,9%), хронический эзофагит – у 5 больных (7,3%), хронический гастрит – у 68 пациентов (100%), дуоденогастральный рефлюкс – у 8 пациентов (11,8%), рубцово-язвенная деформация ДПК – у 37 пациентов (54,4%), стеноз ДПК – у 5 пациентов (7,3%), грыжа пищевода отверстия диафрагмы (ГПОД) – у 2 больных (2,9%). При гистологическом исследовании биоптатов СОЖ у всех пациентов был выявлен хронический гастрит. У большинства больных (35 чел., 51,5%) был обнаружен хронический поверхностный гастрит, у 8 человек (11,8%) – атрофический гастрит, у 2 человек (2,9%) – эрозивный гастрит, у 2 больных (2,9%) выявлена кишечной метаплазия. У большинства обследованных (40 чел., 58,8%) при проведении гистологического исследования и (или) уреазного теста обнаружено различной степени обсеменение слизистой желудка *Helicobacter pylori*. Преимущественно встречалось обсеменение слизистой оболочки желудка (СОЖ) 1 степени (32 чел., 47,1%), у 5 пациентов (7,4%) – 2 степени и у 3 пациентов (4,4%) – 3 степени. Манометрия пищеводно-желудочного перехода у большинства больных (81,3%) выявила нарушение замыкательной функции кардии за счет укорочения и снижения тонуса нижней пищеводной зоны высокого давления.

В отдаленном периоде (от 6 мес. до 4 лет) рецидив язвенной болезни возник у 24,1% пациентов. В плановом порядке оперировано 17 больных хронической дуоденальной язвой, осложненной перфорацией в анамнезе. Показанием к операции явилось часто рецидивирующее или непрерывно рецидивирующее течение заболевания, формирование на этом фоне различной степени выраженности пилородуоденального стеноза, а также случаи сочетания язвенной болезни с ГПОД и ГЭРБ. Больным были выполнены различные варианты видеолапароскопической ваготомии. Наилучшие результаты были получены после селективной проксимальной ваготомии. В отдаленном периоде рецидив заболевания был выявлен у одного больного (1 чел., 5,9%).

Выводы: У больных, перенесших зашивание прободной пилородуоденальной язвы, имеются морфофункциональные изменения со стороны желудка и ДПК, которые могут способствовать развитию рецидива заболевания. Эти пациенты нуждаются в диспансерном наблюдении с проведением поддерживающей этиотропной медикаментозной терапии, а при необходимости в хирургической коррекции выявленной патологии (пилородуоденальный стеноз, сочетание язвенной болезни и ГПОД, непрерывно рецидивирующее течение заболевания).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдуллаев Э.Г., Феденко В.В., Александров Л.И. Использование эндовидеохирургии и малоинвазивных методов в лечении перфоративных гастродуоденальных язв // Эндоскопическая хирургия. – Москва, 2000. – №5. – С. 34 – 36.
2. Журавлев Г.Ю. Значение направленной антисекреторной терапии в улучшении результатов лечения больных после лапароскопического ушивания прободной пилородуоденальной язвы // Эндоскопическая хирургия. – Москва, 2005. – №1. – С. 54.
3. Курыгин А. А., Перегудов С.И., Гулуа Ф.И. Хирургическое лечение больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки // Вестник хирургии. – Москва, 1998. – №4. – С. 24-27.
4. Подшивалов В.Ю. Лапароскопическая хирургия перфоративных язв двенадцатиперстной кишки: пути совершенствования // Эндоскопическая хирургия. – Москва, 2003. – №6. – С. 10 – 13.
5. Шуркалин Б.К., Кригер А.Г., Ржебаев К.Э. Лапароскопическая хирургия в лечении перфоративных гастродуоденальных язв // Вестник хирургии. – Москва, 1999. – №3. – С. 100 – 102.
6. Яицкий Н.А., Седов В.М., Морозов В.П. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. – Москва, 2002. – С. 8 – 9, 319 – 337.

ОЦЕНКА ДОСТУПНОСТИ ПРОТИВОКАШЛЕВЫХ ФИТОПРЕПАРАТОВ ПОТРЕБИТЕЛЯМИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА Г. КУРСКА

Горбунова Е. А., Денисова Н. Н.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра управления и экономики фармации

Научный руководитель: к. ф. н., доц. Олейникова Т. А.

Актуальность. В современных условиях экономики для фармацевтических организаций очень важно проводить рациональную товарную политику, направленную на достижение финансовой стабильности на рынке медицинских и фармацевтических товаров (МФТ) и улучшение лекарственного обеспечения населения [2]. Для этого необходимо правильно и своевременно изучать и прогнозировать конъюнктуру рынка для проведения эффективных маркетинговых мероприятий в области закупок лекарственных средств (ЛС), а также отслеживать колебания спроса потребителей, с целью правильного и своевременного формирования товарных запасов [1].

Необходимым этапом маркетинговых исследований рынка противокашлевых фитопрепаратов является изучение потребителей и их предпочтений, на которых будут направлены маркетинговые усилия фармацевтических организаций по реализации данных лекарственных препаратов.

В современных условиях экономики основной рыночной проблемой для фармацевтических организаций г. Курска является недостаточная финансовая устойчивость на рынке лекарственных препаратов. Для определения ассортимента ЛС, пользующихся наибольшим спросом, проведено маркетинговое исследование потребителей МФТ.

Цель исследования: изучение спроса реальных и потенциальных потребителей (населения) на ассортимент противокашлевых фитопрепаратов на фармацевтическом рынке г. Курска.

Объекты исследования: потребители противокашлевых фитопрепаратов г. Курска.

Методы исследования: социологический опрос, средних величин, группировка, структурный анализ.

Результаты. Для проведения социологического опроса была разработана анкета, включающая три взаимосвязанных блока вопросов: социально-демографические характеристики потребителей противокашлевых фитопрепаратов; оценка уровня спроса на данную группу ЛС; оценка степени физической, ценовой и информационной доступности противокашлевых фитопрепаратов для населения г. Курска. В анкету были включены 13 фитопрепаратов для лечения заболеваний верхних дыхательных путей, представленных на фармацевтическом рынке г. Курска на момент исследования.

Социологический опрос 30 респондентов проведен в форме очного анкетирования. Объем опрашиваемой совокупности объясняется использованием метода малых выборок с целью проведения пилотажных исследований для уточнения существования проблемы.

В процессе обработки результатов анкетирования установлено, что наибольшую группу потребителей составляют женщины (66,67%) в возрасте от 18 до 30 лет (33,34%) и до 18 лет (20,00%). Это связано с тем, что больше всего простудными заболеваниями (кашель, насморк) подвержены дети и подростки. Более тяжелые формы болезней органов дыхания поражают пожилых людей и страдающих хроническими заболеваниями различных систем и органов, что определяет возраст как один из основных факторов риска респираторной заболеваемости.

Социальный статус потребителей соответствует их возрастной структуре. Так, наблюдается преобладание учащихся (студентов) и служащих (по 23,33%), удельный вес руководителей и пенсионеров составляет по 13,34%, военнослужащих - 10,00%, предпринимателей и рабочих - по 6,66%, безработных - 3,33%. Высшее образование имеют 60,00% опрошенных.

Анализ стоимостных интервалов, указанных респондентами для ЛС позволил определить границы цен на противокашлевые фитопрепараты с низкой, средней и высокой стоимостью для потребителя с уровнем среднемесячного дохода от 5000 до 10000 руб. По мнению 60,00% опрошенных низкие цены имеют ЛС стоимостью до 30 руб., 40,00% - до 90 руб. Средняя цена на ЛС для 67,00% респондентов варьирует от 30 руб. до 100 руб., для 33,00% - от 90 руб. до 150 руб. Высокой ценой, по мнению 67,00% потребителей, является цена свыше 100 руб., 33,00% - свыше 150 руб.

На следующем этапе проведен анализ оценки доступности противокашлевых фитопрепаратов.

Обработка данных социологического опроса проводилась по формуле средней арифметической. Полученные в процессе социологического опроса и обработанные данные представлены в таблице 1.

С использованием метода группировки, были определены интервалы среднеарифметических оценок доступности противокашлевых фитопрепаратов для их разделения на группы с низкой, средней и высокой степенью доступности.

В процессе расчетов были получены следующие границы интервалов для оценки уровня доступности и спроса на противокашлевые фитопрепараты: 1,00-2,33 – низкий уровень; 2,33-3,66 – средний уровень; 3,66-5,00 – высокий уровень.

Таблица 1

Результаты оценки доступности противокашлевых фитопрепаратов

№ п/п	Наименование ЛС	Оценка доступности ЛС 5 - высокая, 3 - средняя, 1 - низкая			Оценка уровня спроса на ЛС
		Физическая доступность (степень наличия в аптеке)	Ценовая доступность (доступность ЛС по цене)	Информационная доступность (степень информированности)	
1	Алтейного корня экстракт сухой, 150г, Украина	5,00	5,00	5,00	5,00
2	Геделикс, капли для приема внутрь, 50мл, Германия	3,60	3,60	3,60	3,60
3	Геделикс, сироп, 100мл, Германия	3,90	4,40	4,40	4,40
4	Гербион, сироп первоцвета, 150мл, Германия	2,80	2,60	3,70	3,70

5	Гербион, сироп подорожника, 150мл, Германия	2,35	2,60	3,60	3,60
6	Доктор Мом, сироп от кашля растительный, 100мл, Индия	3,70	3,20	4,40	4,20
7	Доктор Мом, растительные пастилки от кашля, Индия	4,20	3,40	4,40	4,60
8	Доктор Тайсс, сироп с подорожником от кашля, 100мл, Германия	3,60	2,60	4,00	3,80
9	Кука, сироп, 100мл, Индия	1,50	1,60	1,30	1,30
10	Мукалтина таблетки, 0,05г., Россия	5,00	5,00	5,00	5,00
11	Стоптуссин-Фито, сироп, 100мл, Чехия	5,00	5,00	5,00	5,00
12	Таблетки от кашля, Россия	5,00	5,00	5,00	5,00
13	Трависил, сироп, 100мл, Индия	5,00	5,00	5,00	5,00

Анализ распределения ассортимента ЛС по группам по уровню доступности и спроса представлены в таблице 2.

Результаты проведенного исследования позволили распределить изучаемые противокашлевые фитопрепараты на следующие группы:

1. ЛС с высоким уровнем физической, ценовой и информационной доступности (46,14%): Алтейного корня экстракт сухой; Геделликс, сироп; Мукалтина таблетки; Стоптуссин-Фито, сироп; Таблетки от кашля; Трависил, сироп.
2. ЛС со средним уровнем физической, ценовой и информационной доступности (15,39%): Геделликс, капли для приема внутрь; Гербион, сироп подорожника.
3. ЛС с высоким уровнем физической и информационной доступности, средним уровнем ценовой доступности (15,39%): Доктор Мом, сироп от кашля растительный; Доктор Мом, растительные пастилки от кашля.
4. ЛС со средним уровнем физической и ценовой доступности, высоким уровнем информационной доступности (15,39%): Гербион, сироп первоцвета; Доктор Тайсс, сироп с подорожником от кашля.
5. ЛС с низким уровнем физической, ценовой и информационной доступности (7,69%): Кука, сироп.

Противокашлевые фитопрепараты 1, 3, 4 групп потребители характеризуют как имеющие высокий уровень спроса (76,92%), 2 группы - средний уровень спроса (15,39%), а 5 группы – низкий (7,69%).

Таблица 2

Характеристика степени доступности и спроса противокашлевых фитопрепаратов по рассчитанным интервалам

№ п/п	Наименование ЛС	Степень доступности ЛС 5 - высокая, 3 - средняя, 1 - низкая			Уровень спроса на ЛС 5- высокий; 3- средний; 1-низкий
		Физическая доступность (степень наличия в аптеке)	Ценовая доступность (доступность ЛС по цене)	Информационная доступность (степень информированности)	
1	Алтейного корня экстракт сухой, 150г, Украина	высокая	высокая	высокая	высокая
2	Геделликс, капли для приема внутрь, 50мл, Германия	средняя	средняя	средняя	средняя
3	Геделликс, сироп, 100мл, Германия	высокая	высокая	высокая	высокая
4	Гербион, сироп первоцвета, 150мл, Германия	средняя	средняя	высокая	высокая
5	Гербион, сироп подорожника, 150мл, Германия	средняя	средняя	средняя	средняя
6	Доктор Мом, сироп от кашля растительный, 100мл, Индия	высокая	средняя	высокая	высокая
7	Доктор Мом, растительные пастилки от кашля, Индия	высокая	средняя	высокая	высокая
8	Доктор Тайсс, сироп с подорожником от кашля, 100мл, Германия	средняя	средняя	высокая	высокая
9	Кука, сироп, 100мл, Индия	низкая	низкая	низкая	низкая
10	Мукалтина таблетки, 0,05г., Россия	высокая	высокая	высокая	высокая
11	Стоптуссин-Фито, сироп, 100мл, Чехия	высокая	высокая	высокая	высокая
12	Таблетки от кашля, Россия	высокая	высокая	высокая	высокая
13	Трависил, сироп, 100мл, Индия	высокая	высокая	высокая	высокая

Таким образом, в результате проведенного социологического исследования был выделен целевой сегмент реальных потребителей и определены их предпочтения в выборе противокашлевых фитопрепаратов. В ходе анализа результатов оценки доступности и спроса на изучаемый ассортимент ЛС установлен перечень препаратов (1, 3, 4 группы) для включения в ассортиментный «портфель» фармацевтических организаций г. Курска с целью оптимизации их закупок и улучшения лекарственного обеспечения населения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Маркетинговый анализ ассортимента лекарственных средств российского фармацевтического рынка. Методические рекомендации /Н.Б. Дремова, Е.В. Репринцева, О.В. Хорлякова, Т.А. Олейникова. - Курск: КГМУ, 2004. - 30с.
2. Шашкова, Г.В. Справочник синонимов лекарственных средств/ Г.В. Шашкова, В.К. Лепахин, Н.В. Юргель. -Изд. 9-е. -М.: РЦ «ФАРМЕДИНФО», 2005. -496 с.

УДК 616.155.194.8-053.31

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Гордеева А. В.

*Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера
Кафедра госпитальной педиатрии*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Селиванова Н. Я.

Введение. Дефицит железа (ДЖ) – одно из наиболее широко распространенных в мире алиментарно-зависимых состояний. Наиболее часто дефицит железа развивается у детей первых 2 лет жизни из-за высоких потребностей и относительно низкого содержания железа в рационе. В соответствии с диагностическими критериями железодефицитная анемия (ЖДА) может быть установлена только при наличии биохимически подтвержденного дефицита железа в организме. Однако с практических позиций выявление сниженного уровня гемоглобина у детей первых 2 лет жизни чаще всего является следствием дефицита железа и может быть использовано в качестве скринингового обследования с целью его обнаружения у больших контингентов детей.[2]

Целью настоящего исследования явился сравнительный анализ некоторых показателей периферической крови (эритроцитов (Ег), гемоглобина (Hb), цветового показателя (ЦП)) у детей на 1-ом году жизни в зависимости от различий в организации их вскармливания и наличия анемии у матерей во время беременности для выявления железодефицитных состояний (ЖДС).

Материалы и методы. Проанализировано 55 историй развития детей (ф.112у). В зависимости от вида вскармливания выделено три группы: 1-ую группу составили дети, получавшие грудное вскармливание до 1г и прикорм с 6 мес. (33 чел.); 2-ую группу – дети на грудном вскармливании до 1г и прикорм с 3-5 мес. (15 чел.); 3-ю группу – дети на искусственном вскармливании (7 чел.). В исследовании использовались результаты общего анализа крови, проведенные в декретированные сроки, которые сравнивались по данным Шабалова Н.П. в соавт.[3]

Результаты. Существенной разницы между группами (табл.1) в количественных показателях периферической крови не выявлено. Показатели у детей из всех групп оставались в пределах допустимых колебаний, но ниже средней возрастной нормы по данным Шабалова Н.П. в соавт. Более высокие значения Ег и Hb у детей из 1 и 2 групп можно объяснить тем, что они получали грудное молоко, биодоступность железа в котором выше, чем в искусственных заменителях.

Ег, Hb и ЦП в 3 мес. и в 1 г. в зависимости от вскармливания

Таблица 1

№ группы	Ег, 1012/л в возрасте		Hb, г/л в возрасте		ЦП в возрасте	
	3 мес.	1 г.	3 мес.	1 г.	3 мес.	1 г.
1 группа	4±0,03	4±0,029	117±1,8	115±1,25	0,88±0,29	0,86±0,25
2 группа	4,1±0,052	3,9±0,03	116±2,16	112±2,16	0,85±0,6	0,86±0,44
3 группа	3,65±0,14	3,9±0,1	107±6,18	117±2,39	0,87±0,84	0,9±0,42
Норма	4,2±0,43	4,3±0,4	123±12	120±11	0,88	0,84

Немаловажную роль в развитии ЖДС у детей на первом году жизни играет наличие анемии у матери во время беременности. Транспорт железа к плоду является активным процессом, однако количество транспортируемого железа находится в прямой зависимости от его содержания в плазме матери. Уже при наличии у матери латентной сидеропении запасы железа у новорожденного оказываются уменьшенными [1]. Учитывая это, изучаемые параметры были проанализированы в зависимости от наличия анемии у матерей во время беременности. 1-ую группу (23 чел.) составили дети, рожденные от матерей с анемией; 2-ую группу (32 чел.) – дети, рожденные от матерей без анемии.

Ег, Hb и ЦП в 3 мес. и в 1 г. в зависимости от анемии у матерей во время беременности

Таблица 2

№ группы	Ег, 1012/л в возрасте		Hb, г/л в возрасте		ЦП в возрасте	
	3 мес.	1 г.	3 мес.	1 г.	3 мес.	1 г.
1 группа	3,9±0,08	3,9±0,04	112±3,6	113±1,6	0,87±0,01	0,87±0,009
2 группа	4,1±0,03	4±0,02	117±1,1	115±1,3	0,86±0,01	0,86±0,008
Норма	4,2±0,43	4,3±0,4	123±12	120±11	0,88	0,84

При сопоставлении групп (табл. 2) прослеживалось, что анемия у матерей влияет на состояние гемопоэза их детей на 1-ом году жизни.

Таким образом, результаты исследования показали, что ДЖ у детей на 1-ом году жизни зависит от состояния здоровья матерей во время беременности, характера вскармливания, времени введения прикорма. В популяции обследуемых Ег, Hb и ЦП ниже по сравнению со средними показателями в РФ, что требует дальнейших исследований для целенаправленной профилактики ЖДС.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гуцин И.В. Влияние сидеропении у матери на гематологические показатели и запасы железа у новорожденных // Акушерство и гинекология. - Москва, 1990. - №12. - С. 38-41
2. Ладодо К.С., Нетребенко О.К., Старовойтов М.Л., Вэлч К. Распространенность железодефицитных состояний у детей первых двух лет жизни // Педиатрия. - Москва, 1996. - №4. - С. 14
3. Шабалов Н.П. Педиатрия. - Санкт-Петербург, 2007. - С. 144

УДК 616.317-006.6:616.31-006-91-02-036.2

ПАТОМОРФОЛОГИЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ГУБЫ И РОТОВОЙ ПОЛОСТИ

Гормашова Е. В., Юшманова Н. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра патологической анатомии им. проф. П. Г. Подзолкова*

Научные руководители: д.м.н. Арутюнян Г. А., д.м.н. Рукша Т. Г., к.м.н., асс. Терскова Т. В., асс. Бардецкая Я. В.

Злокачественные опухоли слизистой оболочки полости рта, ротоглотки и красной каймы губ составляют около 1,5% всех опухолей у человека. Встречается у мужчин чаще всего в возрасте 40-60 лет и в 4 раза чаще, чем у женщин (Анисимова И. В. и соавт., 2005).

В большинстве случаев рак развивается на патологически измененных тканях. Чаще всего это длительно протекающие воспалительные процессы различной этиологии и дискератозы, которые относятся к так называемому предраку. Этиологическими факторами, вызывающими рак полости рта и губы, являются длительное воздействие неблагоприятных метеорологических факторов (солнечная радиация, ветер, резкие колебания температуры воздуха, ионизирующие воздействия), воздействие канцерогенных веществ эндогенной и экзогенной природы, такие вредные привычки, как курение, алкоголь, жевание различных смесей (нас, бетель и др.), травмы красной каймы губ: механические (кариозные зубы, острые края корней зубов, зубной камень, неправильно сделанные протезы, прикусывание губы, давление трубки, мундштука, папиросы или сигареты), химические канцерогены табака (соединения мышьяка, ртути, висмута; антрацит, жидкие смолы, продукты перегонки нефти у лиц соответствующих профессий), термические (ожоги горячей пищей, сигаретами). Также вирусные инфекции (опоясывающий лишай – Herpes zoster), дефицит бета-каротинов, витаминов А, Е, С (Вагнер В.Д. и соавт., 2002).

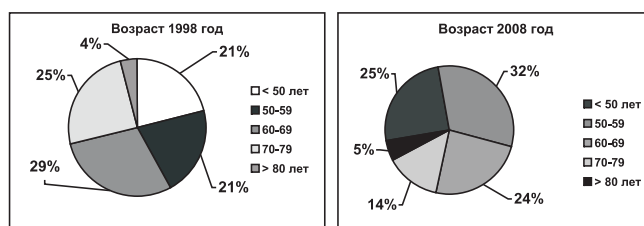
В развитой период плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ выделяют две анатомические формы: 1) экзофитная форма (папиллярная - опухоль грибовидной формы с бляшковидными или папиллярными выростами; язвенная - наличие язвы с краевым валиком активного опухолевого роста, несмотря на увеличение ее размеров, она все же остается поверхностной, а опухолевый валик как бы отграничивает процесс) и 2) эндофитная форма (язвенно-инфильтративная - язва на массивном опухолевом инфильтрате). Язвы часто принимают вид глубоких щелей; инфильтративная форма характеризуется диффузным поражением органа. Слизистая оболочка при этих новообразованиях не изъязвляется.

На разрезе опухолевая ткань белого цвета, иногда с желтоватыми участками, соответствующими очагам некроза.

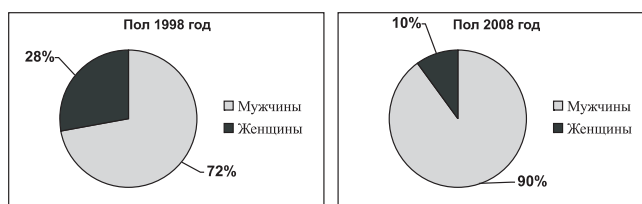
На красной кайме губ и в слизистой оболочке полости рта в большинстве случаев развивается ороговевающий плоскоклеточный рак, реже – неороговевающий. Микроскопически ороговевающий плоскоклеточный рак представляет собой различной величины и формы комплексы плоского эпителия, состоящие из атипичных клеток типа шиповатых. Клетки разной величины, формы и степени окраски. В большинстве комплексов клетки имеют хорошо различимые межклеточные мостики, светлую, гомогенную или слегка зернистую цитоплазму, округлые или овальные ядра и четко выраженные ядрышки. По периферии таких клеток группируются клетки меньших размеров, с более интенсивно окрашивающейся цитоплазмой и гиперхромными, часто полиморфными ядрами. Могут встречаться очень крупные многоядерные клетки. В толще комплексов нередко определяются концентрические образования, состоящие из уплощенных светлых клеток с ороговением в центре (раковые жемчужины). Неороговевающий плоскоклеточный рак характеризуется комплексами, состоящими из резко полиморфных эпителиальных клеток, границы которых определяются лишь в некоторых участках. Клетки имеют разную величину и форму, едва заметную, мелкозернистую цитоплазму. Ядра мелкие, неравномерной величины, различной степени окраски, местами чрезвычайно гиперхромные, утратившие структуру хроматина и представляющие собой глыбки черного цвета. Часть клеток подвергается некрозу. Особенно выражен полиморфизм клеток по периферии опухолевых комплексов (Апатенко А.К., 1973).

Были исследованы истории болезней онкологических больных краевого онкологического диспансера. Всего было изучено 100 историй по раку нижней губы и полости рта за 1998 год и 100 историй за 2008 год. После статистической обработки получились следующие результаты.

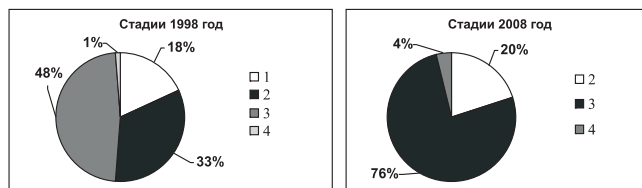
Наибольшее количество больных в 1998 году наблюдается в категории 60-69 лет (29%), далее в категории 70-79 лет (25%), по 21% от 50 до 59 и в категории менее 50 лет, самая маленькая заболеваемость у людей после 80 лет. В 2008 году наибольшее количество случаев регистрируется в возрасте 50-59 лет, далее примерно одинаковое количество 60-69 лет (24%) и менее 50 лет (25%) и самая маленькая заболеваемость, как и в 1998 году, в возрасте старше 80 лет. Отсюда можно сделать вывод, что рак «помолодел».



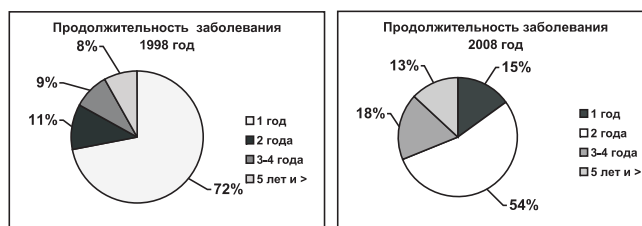
Анализ заболеваемости по полу показал, что плоскоклеточный рак губы и ротовой полости чаще развивается у мужчин, чем у женщин. Если в 1998 году заболеваемость мужчин составляла 72% и в 2,5 раза превышала таковую у женщин (28%), то в 2008 году эта цифра увеличилась до 90%.



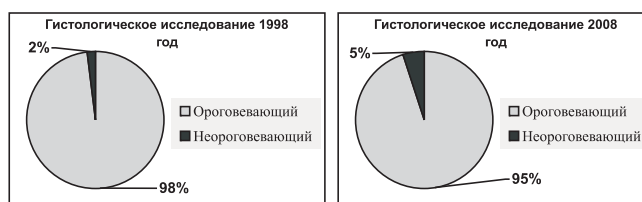
Распределение больных по стадиям онкологического процесса (по системе TNM): в 1998 году на 1 стадию приходится 18%, на 2 стадию – 33%, на 3 стадию – 48% и 1% на 4 стадию. За 2008 год на 3 стадию уже приходится 76% и на 4 стадию – 4%. Таким образом, имеется тенденция к увеличению числа больных с 3-4 стадиями заболевания.



По времени существования заболевания, считая с момента выявления, показатели распределились в следующем порядке: в 1998 году большая часть обратившихся в диспансер страдают раком около 1 года (72%), в то время как в 2008 году уже около 2 лет (54%), самое малое количество больных и в 1998 году, и в 2008 году – это те, кто страдает заболеванием 5 лет и более (8% и 13% соответственно).



При гистологическом исследовании выявлено следующее: в 1998 году у 98% всех больных был диагностирован плоскоклеточный ороговевающий рак и лишь у 2% - неороговевающий. В 2008 году тенденция не изменилась: на долю плоскоклеточного ороговевающего рака приходится 95% и 5% - на долю неороговевающего.



Выводы:

1. Таким образом, в результате нашего исследования по эпидемиологии плоскоклеточного рака полости рта и нижней губы было выявлено: наибольшее количество заболевших в 2008 году было в возрасте от 50 до 59 лет, в то время как в 1998 году – в категории 60-69 лет, что свидетельствует о снижении возраста больных раком;
2. В 1998 году мужчин, страдающих раком, было в 2,5 раза больше по сравнению с женщинами, а в 2008 году – мужчин стало больше уже в 9 раз, отсюда можно утверждать, что рак полости рта и губы чаще возникает у мужчин, чем у женщин;
3. В 1998 году на 3 стадию приходилось 48% всех больных, а в 2008 году этот показатель составил 76%, таким образом, отмечается заметное увеличение числа больных с 3-4 стадиями;
4. В 2008 году отмечается увеличение длительности течения заболевания, поскольку в 1998 году наибольшее количество людей страдало раком 1 год, тогда как в 2008 году этот показатель составил уже 2 года;
5. И в 1998 году, и в 2008 году - в большинстве случаев плоскоклеточный рак ротовой полости и губы является ороговевающим (98% и 95% соответственно).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анисимова И.В. Заболевания слизистой оболочки рта и губ (клиника, диагностика) / И.В. Анисимова, В.Б. Недосеко, Л.М. Ломиашвили – Москва: ООО «МЕДИ издательство», 2005. – 92 с.
2. Вагнер В.Д. Амбулаторно-поликлиническая онкостоматология / В.Д. Вагнер, П.И. Ивасенко, Д.И. Демин – Москва: Медицинская книга; Н.Новгород: НГМА, 2002. – С.11-15.

3. Апатенко А.К. Эпителиальные опухоли и пороки развития кожи / А.К. Апатенко – М.: Медицина. – 1973. – 240 с.
4. Машкиллейсон А.Л. Предрак красной каймы губ и слизистой оболочки рта / А.Л.Машкиллейсон – М.: Медицина. – 1970. – 280 с.
5. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии / М.М. Соловьев – М.: Медицина. – 1983. – 159 с.
6. Greer RO, Goldman HM: Oral papillomas, clinicopathologic evaluation and retrospective examination for dyskeratosis in 110 lesions, Oral Surg 38:435-440, 1974
7. Ward KA and others: Detection of human papilloma virus DNA sequences in oral squamous cell papillomas by the polymerase chain reaction, Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 80: 63-66, 1995.

УДК 616.31-006.6+616.317-006.6-036.2-02

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ФАКТОРЫ РИСКА И ПАТОМОРФОЛОГИЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ГУБЫ И РОТОВОЙ ПОЛОСТИ

Гормашова Е. В., Юшманова Н. А., Бахтурина Д. О.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра патологической физиологии

Научные руководители: д.м.н. Арутюнян Г. А., д.м.н. Рукша Т. Г., к.м.н., асс. Терскова Т. В., асс. Бардецкая Я. В.

Злокачественные опухоли слизистой оболочки полости рта, ротоглотки и красной каймы губ составляют около 1,5% всех опухолей у человека. Встречается у мужчин чаще всего в возрасте 40-60 лет и в 4 раза чаще, чем у женщин (Анисимова И. В. и соавт., 2005).

В большинстве случаев рак развивается на патологически измененных тканях. Чаще всего это длительно протекающие воспалительные процессы различной этиологии и дискератозы, которые относятся к так называемому предраку. Значительную роль в развитии патологических процессов в полости рта играют такие вредные привычки, как курение, злоупотребление крепкими спиртными напитками, употребление “наса” у народов Средней Азии, у народов Индии - жевание листьев бетеля. Так же такие факторы, как хроническая механическая травма, вызванная разрушенной коронкой зуба, острым краем пломбы или некачественно изготовленным протезом. Определенное значение для развития предопухолевых состояний имеет и характер питания. Недостаточное содержание в пище витамина А или нарушение его усвояемости организмом приводит к изменению процессов ороговения. Несомненно, и вредное влияние систематического употребления слишком горячей и острой пищи. Неблагоприятные метеорологические условия (ветер, низкая температур воздуха, длительная инсоляция), врожденный прагматизм (часть нижней губы остается неприкрытой верхней), вирусная инфекция, профессиональные вредности – факторы, приводящие к малигнизации кожи красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта (Вагнер В.Д.и соавт., 2002).

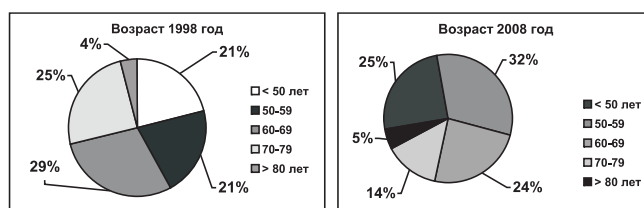
На красной кайме губ и в слизистой оболочке полости рта в большинстве случаев развивается ороговевающий плоскоклеточный рак, реже – неороговевающий. Для плоскоклеточного ороговевающего рака характерны экзофитная форма роста, медленный рост, незначительная инфильтрация окружающих тканей, редкое метастазирование, позднее изъязвление. Для плоскоклеточного неороговевающего рака характерны эндофитная форма роста, раннее изъязвление, пораженная инфильтрация окружающих тканей, частое метастазирование, быстрый рост. Лимфогенное метастазирование происходит в 5-8 % случаев, в регионарные лимфатические узлы - глубокие яремные, подчелюстные, подбородочные. Гематогенное метастазирование происходит в 2 % случаев, преимущественно в легкие (Машкиллейсон А.Л., 1970, Соловьев М.М., 1983).

В развитой период плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ выделяют две анатомические формы: 1) экзофитная форма (папиллярная - опухоль грибовидной формы с бляшковидными или папиллярными выростами; язвенная - наличие язвы с краевым валиком активного опухолевого роста, несмотря на увеличение ее размеров, она все же остается поверхностной, а опухолевый валик как бы отграничивает процесс) и 2) эндофитная форма (язвенно-инфильтративная - язва на массивном опухолевом инфильтрате). Язвы часто принимают вид глубоких щелей; инфильтративная форма характеризуется диффузным поражением органа. Слизистая оболочка при этих новообразованиях не изъязвляется.

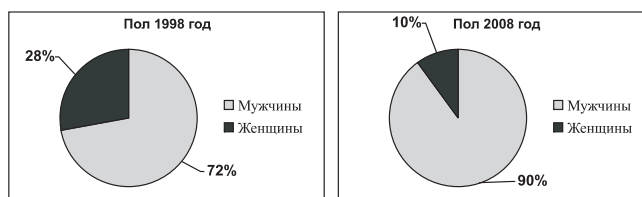
Плоскоклеточный рак клинически может начинаться с возникновения папилломы. Чаще всего плоскоклеточная папиллома развивается на языке и небе, распространяясь на слизистую оболочку щек, губ и десны. Иногда она локализуется на альвеолярном отростке, дне полости рта и ретромолярном пространстве (Abbey, Page и Sawyer, 1980). Поражения слизистой оболочки ротовой полости чаще всего вызываются вирусами папилломы человека 2-го и 57-го типов, отмечают распространенность 6, 11 и 16-го типов (Miller and others, 1995). Ward и соавт. выявили ДНК вируса папилломы человека 6-го и 11-го типов в 68% клинически и гистологически подтвержденных плоскоклеточных папиллом.

Мы исследовали истории болезней онкологических больных краевого онкологического диспансера. Всего нами было изучено 100 историй по раку нижней губы и полости рта за 1998 год и 100 историй за 2008 год. После статистической обработки получились следующие результаты.

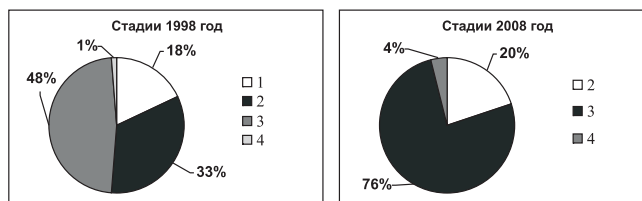
Наибольшее количество больных в 1998 году наблюдается в категории 60-69 лет (29%), далее в категории 70-79 лет (25%), по 21% от 50 до 59 и в категории менее 50 лет, самая маленькая заболеваемость у людей после 80 лет. В 2008 году наибольшее количество случаев регистрируется в возрасте 50-59 лет, далее примерно одинаковое количество 60-69 лет (24%) и менее 50 лет (25%) и самая маленькая заболеваемость, как и в 1998 году, в возрасте старше 80 лет. Отсюда можно сделать вывод, что рак «помолодел».



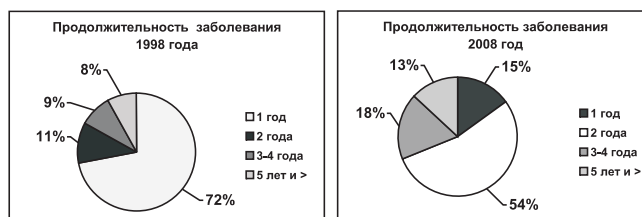
Анализ заболеваемости по полу показал, что плоскоклеточный рак губы и ротовой полости чаще развивается у мужчин, чем у женщин. Если в 1998 году заболеваемость мужчин составляла 72% и в 2,5 раза превышала таковую у женщин (28%), то в 2008 году эта цифра увеличилась до 90%.



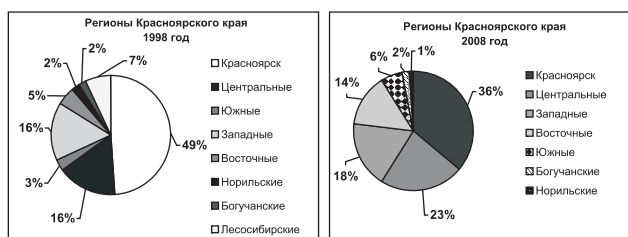
Распределение больных по стадиям онкологического процесса: в 1998 году на 1 стадию приходится 18%, на 2 стадию – 33%, на 3 стадию – 48% и 1% на 4 стадию. За 2008 год на 3 стадию уже приходится 76% и на 4 стадию – 4%. Таким образом, имеется тенденция к увеличению числа больных с 3-4 стадиями заболевания.



По времени существования заболевания, считая с момента выявления, показатели распределились в следующем порядке: в 1998 году большая часть обратившихся в диспансер страдают раком около 1 года (72%), в то время как в 2008 году уже около 2 лет (54%), самое малое количество больных и в 1998 году, и в 2008 году – это те, кто страдает заболеванием 5 лет и более (8% и 13% соответственно).



Большой интерес представляет распределение заболеваемости по регионам Красноярского края. В 1998 году, так же как и в 2008 году, наибольшее количество больных было из г. Красноярска (49% и 36% соответственно). На втором месте в 1998 году – Центральные и Западные районы края (по 16%), в 2008 году – Центральные районы (23%). Также большое количество случаев в 2008 году наблюдается в Западных (18%) и Восточных (14%) регионах. В то время как в 1998 году в Восточных регионах зарегистрировано всего 5% случаев. По Южным регионам - Богучанской, Норильской и Лесосибирской группе городов, что в 1998, что в 2008 годах отмечается небольшой процент заболеваемости раком нижней губы и полости рта.



Выводы:

1. Таким образом, в результате нашего исследования по эпидемиологии плоскоклеточного рака нижней губы и полости рта было выявлено следующее: в сравнении с 1998 годом возраст заболевших в 2008 году снизился, и наибольшее количество заболевших было в возрасте от 50 до 59 лет, в то время как в 1998 году он составлял 60-69 лет.
2. Рак полости рта и губы чаще возникает у мужчин, и если в 1998 году показатель заболеваемости мужчин по сравнению с женщинами превышал в 2,5 раза, то в 2008 году – уже в 9 раз;
3. При распределении по стадиям заболевания отмечается увеличение числа больных с 3-4 стадиями, если в 1998 году на 3 стадию приходилось 48% всех больных, то в 2008 году этот показатель составил 76%;
4. В 2008 году увеличилась длительность течения заболевания, наибольшее количество людей страдает раком уже 2 года, а в 1998 году этот показатель составлял всего 1 год;
5. По регионам Красноярского края на первом месте по заболеваемости раком в 2008 году остается г. Красноярск, хотя процент случаев уменьшился с 49% в 1998 году до 36%, а в Восточных регионах процент наоборот увеличился с 5% в 1998 году до 14% в 2008, на остальной территории края процент заболеваемости не изменился.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анисимова И.В. Заболевания слизистой оболочки рта и губ (клиника, диагностика) / И.В. Анисимова, В.Б. Недосеко, Л.М. Ломиашвили – Москва: ООО «МЕДИ издательство», 2005. – 92 с.
2. Вагнер В.Д. Амбулаторно-поликлиническая онкостоматология / В.Д. Вагнер, П.И. Ивасенко, Д.И. Демин – Москва: Медицинская книга; Н.Новгород: НГМА, 2002. – С.11-15.
3. Машкиллейсон А.Л. Предрак красной каймы губ и слизистой оболочки рта / А.Л.Машкиллейсон – М.: Медицина. – 1970. – 280 с.
4. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии / М.М. Соловьев - М.: Медицина. – 1983. – 159 с.
5. Abbey LM, Page DG, Sawyer DR: The clinical and histopathologic features of a series of 464 oral squamous cell papillomas, Oral Surg 49:419-428, 1980.
6. Greer RO, Goldman HM: Oral papillomas, clinicopathologic evaluation and retrospective examination for dyskeratosis in 110 lesions, Oral Surg 38:435-440, 1974
7. Miller RW, Young JL Jr, Novakoic B: Childhood cancer, Cancer 75:395-405, 1995.
8. Ward KA and others: Detection of human papilloma virus DNA sequences in oral squamous cell papillomas by the poly merase chain reaction, Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 80: 63-66, 1995.

УДК 612.018:612.57

ПОВЫШЕНИЕ ТИРЕОИДНЫМИ ГОРМОНАМИ ОБЩЕЙ УСТОЙЧИВОСТИ ОРГАНИЗМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ СТРЕССЕ

Городецкая И. В., Корневская Н. А.

*Витебский государственный медицинский университет
Кафедра нормальной физиологии*

Научный руководитель: д.м.н., проф. Городецкая И. В.

Актуальность: известно, что устойчивость организма к острому действию некоторых стрессоров (холодового, теплового, геморрагического, функционального, гипоксического) зависит от тиреоидного статуса [2,4,8,9,11,12]. Вместе с тем, в реальных условиях существования организм чаще подвергается хроническому воздействию стрессоров. Имеются сведения о том, что, с одной стороны, тиреоидная функция изменяется при длительном действии стрессоров [1,7], а, с другой, некоторые реакции при хроническом стрессе, в частности, Т-клеточный ответ на конканавалин и фитогемагглютинин, зависят от уровня йодтиронинов [13].

Цель настоящей работы: выяснение значения тиреоидного статуса в изменениях устойчивости организма, вызванных хроническим стрессом.

Материалы и методы: работа выполнена на 108 половозрелых беспородных белых крысах-самцах массой 250 - 300 г. Острый стресс воспроизводили путем привязывания крыс к деревянному столу в положении на спине за 4 конечности без ограничения подвижности головы на 3 ч, хронический – ежедневной иммобилизацией в таком же режиме в течение 5 дней.

Изменение тиреоидного статуса достигалось, с одной стороны, путем повышения уровня тиреоидных гормонов в крови до верхних границ физиологических колебаний в результате введения «L – тироксина» в малых дозах, а с другой - путем его снижения в результате введения «Мерказолила». Концентрация йодтиронинов в крови контролировалась радиоиммуннологическим методом. Животных забивали декапитацией через 2 ч после окончания стрессорных воздействий. Общую устойчивость организма оценивали по изменениям массы тела, относительной массы органов-маркеров стресса (надпочечников, селезенки, тимуса), состояния слизистой оболочки желудка, физической выносливости. Стресс-сенситивные органы извлекали сразу после забоя животных и освобождали от окружающих тканей. Их массу измеряли взвешиванием влажной ткани на торсионных весах «ВТ-500». Относительную массу органов рассчитывали как отношение абсолютной массы к массе тела и выражали в мг/г. Состояние слизистой желудка изучали визуально в отраженном свете под малым увеличением. Учитывали собственно язвы - полости, захватывающие слизистую и мышечную оболочки, и эрозии - неглубокие продолговатые поражения различной длины. Геморрагические поражения слизистой оболочки желудка, представленные массивными и точечными кровоизлияниями, не учитывались. Для обобщенной оценки степени повреждения определяли [3]: тяжесть поражения – средний балл по 4-балльной шкале: 1 балл – эрозии, 2 балла – единичные язвы, 3 балла – множественные язвы, 4 балла – пенетрирующие или прободные язвы; частоту поражения - отношение числа животных, имевших дефекты слизистой, к общему количеству крыс в группе; множественность поражения – отношение числа повреждений у всех крыс к числу животных в группе; язвенный индекс, являющийся интегральным показателем степени повреждения, - сумма тяжести, частоты и множественности поражения.

Физическую выносливость исследовали по времени плавания крыс с прикрепленным к основанию хвоста грузом, составлявшим 5% от массы тела, в воде комнатной температуры до опускания на дно. Полученные данные обработаны статистически при помощи программы «Statistical Graphics System» с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты: у контрольных животных наблюдалось незначительное поражение слизистой желудка, вероятно, связанное с эмоциональным стрессом, сопровождавшим введение крахмального клейстера.

Острый стресс приводил к снижению массы тела на 8%, возрастанию относительной массы надпочечников на 26%, уменьшению относительной массы селезенки на 25%, тимуса – на 16%, а также к поражению слизистой оболочки желудка с большими, чем в контроле, тяжестью (в 4,5 раза), частотой (в 2,5 раза), множественностью и язвенным индексом (в 3,5 раза) и не вызывал изменения времени плавания животных.

Хронический стресс сопровождался такими же, как острый, падением массы тела – на 13% и повышением относительной массы надпочечников – на 44%, более выраженными снижением относительной массы селезенки – на 33% и тимуса – на 30% и более тяжелыми повреждениями слизистой оболочки желудка. В отличие от острого стресса хронический приводил к уменьшению времени плавания крыс - на 51%. Следовательно, хронический стресс вызывает более значительные, чем острый, изменения со стороны селезенки, тимуса, слизистой оболочки желудка и сопровождается уменьшением физической выносливости животных, что свидетельствует о большем падении устойчивости организма в этих условиях.

У животных, получавших мерказолил, уменьшалась масса тела – на 13%, относительная масса тимуса – на 21%. Повреждения слизистой оболочки желудка развивались у 83% гипотиреоидных крыс. Время плавания гипотиреоидных животных было меньшим, чем контрольных, на 32%.

Острый стресс у животных, получавших мерказолил, не вызывал изменения массы тела, относительной массы надпочечников и тимуса, времени плавания, но сопровождался падением относительной массы селезенки на 16% и нарастанием повреждений слизистой оболочки желудка. Хронический стресс на фоне гипотиреоза, в отличие от острого, приводил к уменьшению массы тела – на 19% и относительной массы тимуса – на 35% и так же, как и он, вызывал падение относительной массы селезенки – на 26% и повреждение слизистой желудка с большими, по сравнению с крысами, получавшими тиреостатик, параметрами: тяжестью - в 3,0 раза, частотой - в 1,2 раза, множественностью - в 2,8 раза и язвенным индексом - в 2,5 раза. Время плавания гипотиреотидных крыс после хронического стресса, в отличие от острого, уменьшалось на 35%, вследствие чего становилось меньше по сравнению с контролем на 67%. По сравнению с гипотиреотидными животными, перенесшими острый стресс, у подвергнутых хроническому на фоне мерказолила были меньше: масса тела - на 16%, относительная масса селезенки - на 10%, тимуса - на 36%, время плавания - на 19%; тяжесть, множественность повреждений слизистой желудка и язвенный индекс, напротив, были большими - в 1,3 раза. По отношению к хроническому стрессу у эутиреоидных крыс у гипотиреотидных в этих условиях вес тела, относительная масса надпочечников и тимуса были меньше на 19%, 53% и 26% соответственно, время плавания короче на 16%, а параметры ulcerации слизистой больше: тяжесть и язвенный индекс – в 1,3 раза, множественность – в 1,4 раза. Следовательно, мерказолил вызывает уменьшение массы тела, относительной массы тимуса, физической выносливости и усугубляет ulcerацию слизистой желудка у интактных животных.

У животных, получавших тироксин, увеличивалась относительная масса селезенки – на 18%, а параметры ulcerации слизистой желудка - частота поражения и язвенный индекс - были в 2,0 раза меньше, чем в контроле. Острый стресс у животных, получавших тироксин, не вызывал изменения массы тела, относительной массы надпочечников, времени плавания. Относительная масса селезенки уменьшалась на 12%, но, учитывая ее возрастание под влиянием тироксина, была выше, чем в контроле – на 6%. Относительная масса тимуса снижалась на 9%. Повреждения слизистой оболочки желудка характеризовались такой же, как у животных, получавших тироксин, множественностью, но наблюдались у 50% крыс, что в 3,0 раза чаще по сравнению с ними, и имели большую тяжесть – в 5,9 раза, поэтому язвенный индекс был в 4,2 раза большим. По отношению к контролю относительная масса тимуса была ниже на 9%, параметры изъязвления слизистой желудка – большими: тяжесть повреждения – в 3,0 раза, частота – в 1,5 раза, язвенный индекс – в 2,1 раза. Время плавания превышало таковое для контрольных животных на 44%. По сравнению со стрессированными эутиреоидными крысами у получавших тироксин после стресса относительная масса селезенки была выше на 32%, а повреждение слизистой желудка менее выражено: частота – в 1,7 раза, язвенный индекс – в 1,6 раза. Хронический стресс на фоне тироксина, в отличие от острого, приводил к уменьшению массы тела – на 9% и не вызывал изменения относительной массы тимуса и так же, как острый, сопровождался падением относительной массы селезенки – на 14% и повреждениями слизистой желудка с большими, по сравнению с крысами, получавшими тироксин, параметрами: тяжестью - в 8,8 раза, частотой - в 4,0 раза, множественностью - в 5,1 раза и язвенным индексом - в 5,7 раза. В результате по сравнению с контролем вес животных был меньше на 9%, относительная масса надпочечников, напротив, больше – на 22%, как и тяжесть, частота, множественность поражений слизистой и язвенный индекс – в 4,5; 2,0; 2,5 и 2,9 раза соответственно. Время плавания крыс, получавших тироксин, после хронического стресса, как и после острого, не изменялось.

По сравнению с животными, перенесшими острый стресс на фоне тироксина, у подвергнутых хроническому после его введения время плавания было меньше – на 41%; повреждения слизистой желудка, напротив, были большими: частота - в 1,3 раза, язвенный индекс - в 1,4 раза. По отношению к хроническому стрессу у эутиреоидных крыс у получавших тироксин в этих условиях были меньше относительная масса надпочечников – на 22% и параметры ulcerации слизистой: частота, множественность и язвенный индекс – в 1,5; 2,2 и 1,8 раза, а относительная масса селезенки и тимуса - больше на 37 и 30% соответственно, как и время плавания - на 54%.

Выводы: следовательно, тиреоидный статус значительно влияет на общую устойчивость организма. При остром стрессе он предупреждает изменения массы тела и относительной массы надпочечников и снижение относительной массы селезенки, ограничивает изъязвление слизистой желудка, определяет увеличение физической выносливости животных. При хроническом стрессе тироксин лимитирует изменения со стороны всех изученных стресс-сенситивных органов и предупреждает снижение устойчивости крыс к физической нагрузке.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Амирагова М.Г., Архангельская М.И., Полянцев Ю.В., Воронцов В.И. Нейрофизиологический анализ формирования эндокринных и гипертензивных реакций при длительном эмоциональном напряжении// Бюл. эксперим. биологии и медицины. - 1985. - 100 (8). - с. 153 - 157.
2. Божко А.П., Городецкая И.В. Повышение устойчивости организма к тепловому стрессу тиреоидными гормонами// Весці НАН Беларусі. Сер. біял. навук. - 1998. - 2 : 80 – с. 83.
3. Виноградов В.А., Полонский В.М. Влияние нейропептидов на экспериментальную дуоденальную язву у крыс// Патол. физиология и эксперим. Терапия - 1983. - с. 3 - 7.
4. Городецкая И.В. Уменьшение тиреоидными гормонами интенсивности общего адаптационного синдрома при антагонистических стрессах// Здравоохранение 2000. - 7 с. 25 - 28.
5. Городецкая И.В., Божко А.П. Роль белкового синтеза в реализации протекторных кардиальных эффектов тиреоидных гормонов при иммобилизационном стрессе// Российский физиол. журн. им. И.М. Сеченова. - 2000. - 86 (3) - с. 349- 357.
6. Городецкая И.В., Божко А.П., Голубева Л.Ю., Малышев И.Ю. Роль локальных стресс-лимитирующих систем миокарда в протекторном кардиальном эффекте малых доз тиреоидных гормонов при иммобилизационном стрессе//Российский физиол. журн. им. И.М. Сеченова. 2000. - 86 (1) с. 62 - 67..
7. Положенцев Д.С. Динамика показателей функции щитовидной железы при адаптации организма к длительным психоэмоциональным и физическим нагрузкам// Физиол. человека. 1992. - 18 (2). - с. 155 - 157..
8. Соболев В.И., Анохин В.А. Влияние трийодтиронина и катехоламинов на стойкость следовых эффектов холодовой адаптации у крыс// Физиол. журн. СССР. 1989. - 75 (1) - с.110 - 116..
9. Фурдуй Ф.И. Физиологические механизмы стресса и адаптации при остром действии стресс-факторов. - Штиинца, Кишинев. - 1986.
10. Фурдуй Ф.И., Бабарэ Г.М., Гурагата Е.Н. и др. Функция некоторых желез внутренней секреции при действии на организм чрезвычайных раздражителей. Стресс и его патогенетические механизмы. - Штиинца, Кишинев. - 1973.
11. Bauman T.R., Turner C.W. The effect of varying temperatures on thyroid activity and the survival of rats exposed to cold and treated with l-thyroxine or corticosterone// J. Endocrinol. 1967. - 37 (4) P 355 - 350.
12. Gallick H.L., Lucac C.E., Ledgerwood A.M. Detrimental effect of recent thyroidectomy on hemorrhagic shock and resuscitation//Circ. Shock. 1987. - 21 (2). - P 111 - 119.
13. Silberman D.M., Wald M., Genaro A.M. Effects of chronic mild stress on lymphocyte proliferative response. Participation of serum thyroid hormones and corticosterone//Int. Immunopharmacol. 2002. - 2 (4). - P 487 - 497..

ПОВЫШЕНИЕ ТИРЕОИДНЫМИ ГОРМОНАМИ КИСЛОТОУСТОЙЧИВОСТИ ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ СТРЕССЕ

Городецкая И. В., Корневская Н. А.

*Витебский государственный медицинский университет
Кафедра нормальной физиологии*

Научный руководитель: д.м.н., проф. Городецкая И. В.

Актуальность: в современной литературе существует множество теорий возникновения стоматологических заболеваний. В частности, описано более 400 теорий возникновения кариеса. Среди факторов, приводящих к развитию заболеваний пародонта, наиболее часто указывают алиментарные, нервнотрофические, сосудистые, эндокринные расстройства, а также местные факторы. Однако ни одна из существующих теорий не даёт полного представления об этиологии и патогенезе заболеваний полости рта. Поэтому изучение данного вопроса представляет собой актуальную проблему.

В наши дни подход к диагностике и лечению стоматологических заболеваний претерпевает изменения, которые вызваны новыми данными, предполагающими связь между системными факторами и степенью тяжести заболевания. Одним из таких общих факторов, способствующих росту многих заболеваний, в том числе и стоматологических, является стресс.

Особенно высок уровень психоэмоциональной напряжённости в жизни современного человека. Постоянные стрессы, длительная депрессия и тревога, чувство одиночества нередко сопровождаются развитием болезней пародонта, которые являются частой причиной потери зубов, сообщает Journal of Periodontology. Ученые Американской академии периодонтологии (American Academy of Periodontology) проанализировали исследования, посвященные взаимосвязи между психологическим состоянием человека и болезнями пародонта. В общей сложности учитывались данные 14 исследований, опубликованных в период с 1990 по 2006 годы. Выяснилось, что результаты 57% исследований подтверждали наличие прямой взаимосвязи между развитием болезней пародонта и психологическими факторами (высокой тревожностью, депрессией, сильным чувством одиночества, состоянием хронического стресса). Исследователи предположили, что взаимосвязь между психологическими факторами и болезнями пародонта обусловлена действием гормона стресса - кортизола. По данным исследования, опубликованного в июльском номере Journal of Periodontology, повышенный уровень кортизола может способствовать повреждению десен и челюстных костей, характерных для болезней пародонта. Кроме того, определенную роль может играть изменение привычек у человека, переживающего тяжелый стресс, заключающееся в уменьшении внимания, уделяемого гигиене полости рта, увеличении потребления алкоголя, никотина и лекарств. Стресс может также быть причиной пониженной реакции иммунной системы на агрессию патогенных бактерий и негативно влиять на заживление ран.

Таким образом, рассматривая проблему взаимосвязи стресса и развития стоматологических заболеваний, большинство исследователей отмечают два механизма неблагоприятного воздействия стрессоров на ткани полости рта: во-первых, снижение уровня гигиены полости рта и изменения в питании на фоне стресса и, во-вторых, снижение общей устойчивости организма.

И все-таки, несмотря на огромный поток информации, посвящённой проблеме стресса, его роль в генезе стоматологических заболеваний изучена недостаточно [4].

Цель: анализ литературных данных, посвящённых проблеме влияния стрессовых факторов на состояние тканей полости рта.

Материалы и методы: для достижения поставленной цели нами был использован аналитический метод, который реализован посредством анализа данных литературы: стоматологических и физиологических журналов, диссертаций, авторефератов диссертаций, учебных пособий, монографий, интернет – ресурсов.

Результаты и обсуждение: Многочисленные экспериментальные и клинические исследования подтверждают негативное влияние стресса на состояние тканей челюстно-лицевой области. Так, в экспериментах на крысах [1, 9] показано, что в условиях иммобилизационного стресса отмечаются слушание эпителия, дегенеративные изменения соединительной ткани десны, уменьшение количества остеотканной основы десны, снижение количества остеобластов и развитие остеопороза. После иммобилизации в течение 6 часов происходит активация протеолитических ферментов и повышение уровня сиаловых кислот в тканях пародонта, а это является важным механизмом развития деструктивных изменений в них.

Под влиянием острого эмоционально-болевого стресса в тканях пародонта возникают очаговое разрыхление эпителия, лейкоцитарная инфильтрация, отёк и расширение сосудов. Следовательно, острый стресс вызывает деструкцию мягких тканей пародонта, характерную для заболеваний околозубных тканей у людей.

Наряду с острым хронический стресс вызывает увеличение коллагенолитической активности в мягких тканях, а также приводит к резорбции костной ткани. У крыс, подвергшихся хроническому 100-дневному эмоционально-болевому стрессу, отмечалось ускорение инволютивных процессов в пародонте [4].

Под воздействием хронического психофизического стресса (дозированное, в течение 2 месяцев, плавание: с грузом, составлявшим 7,5% от массы тела животного, и без груза) в жевательных мышцах крыс отмечались очаги неинфекционного воспаления, дистрофические изменения мышечных волокон и контрактуры. В пародонтальной связке происходило нарушение микроциркуляции с возникновением застоя в венозном русле, локальными кровоизлияниями, а также возникла деформация пучков коллагеновых волокон и изменение их направления. Интенсивность этих нарушений зависела от величины физической нагрузки и от индивидуальных адаптивных возможностей животных [7].

Показано также, что гиподинамия в течение 40 суток приводит к прогрессированию дистрофических процессов в альвеолярных отростках крыс, особенно они выражены в дистальных отделах нижней челюсти. Атрофия при гиподинамии сопровождается значительными тканевыми нарушениями – образованием пародонтальных карманов, усилением резорбции межальвеолярных и межкорневых перегородок моляров [2].

Стрессорные воздействия являются также одним из факторов, способствующих развитию кариозного процесса. Установлено, что у животных, подвергавшихся действию нервного возбуждения, происходило увеличение количества и интенсивности кариозных поражений [5].

Наряду с экспериментальными, клинические исследования также подтверждают важную роль стресса в возникновении стоматологических заболеваний. Так, показано, что у рабочих в условиях Севера, прибывших из южных климатических зон, отмечается учащение заболеваний пародонта [6]. При этом отмечена корреляция распространения и интенсивности поражения тканей пародонта со сроками пребывания в экстремальной зоне. Имеются сведения о развитии тяжелой формы пародонтита у молодых летчиков в период боевых действий [8].

Убедительные данные о роли стресса в развитии повреждений пародонта приведены в работе [3]. Авторы провели сравнительный анализ влияния общих и местных факторов, в том числе стрессорных, на пародонт у лиц разного возраста, применив коэффициенты нормированной информации. Они учитывали 3 критерия повреждения пародонта у обследуемых лиц: воспаление десны, деструкция альвеолярного отростка и патологическую подвижность зубов. Установлено, что среди многочисленных изученных факторов (заболевания желудочно-кишечного тракта, печени, почек, сердечно-сосудистой системы, насыщенность организма аскорбиновой кислотой, нарушенный прикус, кариес, дефекты зубных рядов, гигиена полости рта и стресс) наибольшее влияние на вышеуказанные изменения в тканях пародонта оказывает стрессорный фактор. Его вклад в деструкцию альвеолярного отростка челюстей во всех возрастных группах обследованных лиц выше, чем гигиенического статуса ротовой полости и заболеваний органов пищеварения.

Клинические исследования других авторов также подтверждают взаимосвязь стоматологических заболеваний с воздействием психологических факторов. Показано, что негативные события в жизни человека, приводящие к повышенному уровню психологической напряженности, могут быть фактором риска развития заболеваний пародонта или способствовать их прогрессированию.

Анализ литературных данных позволяет выделить несколько основных механизмов повреждения тканей и органов полости рта при стрессе:

- 1) стрессорная активация процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ);
- 2) активация протеолиза;
- 3) нарушения гемодинамики;
- 4) снижение общей устойчивости организма.

Выводы: таким образом, анализ экспериментов, проведенных с применением различных экстремальных раздражителей, доказывает патогенное воздействие стрессорных факторов на пародонт, что связано с активацией в нем процессов перекисного окисления липидов и протеолиза, приводящими к деструкции клеточных мембран, а также с нарушениями гемодинамики мягких тканей и метаболизма костной ткани и со снижением общей резистентности организма.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антонова И. Н. Роль нарушений адаптации в патогенезе воспалительных заболеваний пародонта у спортсменов: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – 2008. – 38с.
2. Амеликина Г. В. Динамика в изменениях тканей зубо-челюстной системы при длительной гиподинамии и методы профилактики: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1987.
3. Никитенко В. А., Шатунов В. П., Блох Д. А. Использование влияния патологических факторов на состояние тканей пародонта нижней челюсти // Стоматология. – 1990. - №4. – с.20-22
4. Тарасенко Л. М. Патогенез повреждения пародонта при стрессе: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1985. – 41с.
5. Шарпенак А.Э., Бобылева В.Р., Горожанкина Л.А. Роль нервного возбуждения в возникновении кариеса зубов // Стоматология. – 1963. - №3. – с. 7 – 10.
6. Ярошенко А.И., Голубев В.Г. Состояние пародонта у рабочих в условиях Севера // Стоматология.-1973.-Т.52. - N 6. - С.25-27.
7. Antonova I.N. Changes in the masticatory muscles, periodontal tissues, and the pharyngeal ring in Wistar rats in chronic psychophysical stress. // Neurosci Behav Physiol. 2008 Nov;38(9):891-6.
8. Bertschbach K. Periodontal Emotional Stress Syndrome Überlegungen zum Factor. Stress in der Aetiologie der Parodontopathien internationalen arztlichen Symposiums // Dtsch. Zahnärzte. - L., 1977. - 32. - 1.-P.54-58.
9. K. Nakajima, N. Hamada Restraint stress enhances alveolar bone loss in an experimental rat model // J. of periodontal research. – 2006 –Vol. 41, № 6. – P 527 -534/

УДК 612.88:613.84:371.71

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ У КУРЯЩИХ И НЕКУРЯЩИХ СТУДЕНТОВ КРАСГМУ

Горшкова Е. С., Баженова Ю. Л., Хомченков Р. В., Масолова О. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра физиологии*

Научный руководитель: к.м.н., асс. Толмачева Т. В.

Табакокурение широко распространено во всех странах мира и является одной из главных причин преждевременной смерти взрослых людей. Курение рассматривается как фактор риска, способствующий развитию разного рода заболеваний, среди них рак легкого, полости рта, пищевода и другой локализации, сердечно-сосудистая патология, хронические заболевания легких и многие другие. Особенно нас волнует вопрос, что курение достаточно популярно среди лиц молодого возраста. По данным статистики среди 16-19-летних на долю курящих приходится 17%, среди 20-29-летних - 37%.

Даже незначительный стаж курения оказывает влияние на различные системы нашего организма. В том числе начинает страдать и вкусовая чувствительность, так как при курении табачный дым напрямую воздействует на вкусовые рецепторы, приводя к нарушению распознавания того или иного вкуса [1,3].

Цель: выявить особенности порогов вкусовой чувствительности у курящих и не курящих студентов.

Задачи:

- 1) Оценить пороги вкусовой чувствительности у студентов.
- 2) Проанализировать динамику параметров вкусовых анализаторов с учетом возраста, пола, характера питания, пристрастий в диете, вредных привычек, заболевания полости рта, времени суток.

Объект и методы исследования. Объектом нашего исследования являлись студенты КрасГМУ (45 девушек, 17 юношей), средний возраст которых составлял $19,5 \pm 2,9$ лет. Для исследования вкусовой чувствительности использовался набор из четырех основных вкусов (сладкого, соленого, кислого, горького) в различных концентрациях (0,001%, 0,01%, 0,1%, 1%). За порог вкусовой чувствительности принималась минимальная концентрация раствора, которая правильно

распознавалась обследуемым [2]. Перед началом оценки вкусовой чувствительности производился опрос испытуемого о характере и режиме его питания, заболеваниях, вредных привычках и т.д. Полученные результаты заносятся в базу данных и статистически обрабатывались.

Полученные результаты: Проведенный анализ результатов густометрии с учетом пола, времени, прошедшего с последнего приема пищи до обследования, отраженные в таблицах 1, 2, соответственно показывают, что все пороги вкусовой чувствительности находятся в пределах физиологической нормы и отсутствует зависимость порогов вкусовой чувствительности от этих факторов.

Таблица 1

Пороги вкусовой чувствительности с учетом пола обследуемых

Обследуемые	Соленое	Кислое	Горькое	Сладкое
девушки	0,067±0,13	0,038±0,045	0,043±0,131	0,047±0,047
юноши	0,068±0,13	0,04±0,046	0,045±0,131	0,048±0,047

Таблица 2

Пороги вкусовой чувствительности в зависимости от времени, прошедшего с последнего приема пищи до обследования

Обследуемые	Соленое	Кислое	Горькое	Сладкое
натощак	0,065±0,133	0,037±0,045	0,045±0,134	0,047±0,047
Последний прием пищи 30 минут назад	0,069±0,131	0,040±0,046	0,046±0,132	0,047±0,047
Последний прием пищи 1-3 часа назад	0,065±0,139	0,034±0,044	0,045±0,140	0,045±0,046

Данные таблицы 3 показывают, что у обследуемых, имеющих заболевания полости рта наблюдается тенденция к изменению порогов вкусовой чувствительности на кислое и сладкое по сравнению с обследуемыми, не имеющими таких заболеваний.

Таблица 3

Пороги вкусовой чувствительности в зависимости от наличия или отсутствия заболеваний полости рта

	Соленое	Кислое	Горькое	Сладкое
заболевания полости рта	0,065±0,132	0,036±0,044	0,045±0,133	0,046±0,047
здоровые	0,068±0,13	0,04±0,046	0,045±0,131	0,048±0,047

В таблице 4 отражены пороги вкусовой чувствительности в различное время суток. Данные показывают наличие тенденции к изменению порогов вкусовой чувствительности к вечеру, хотя эти изменения не достоверны.

Таблица 4

Пороги вкусовой чувствительности в зависимости от времени суток

Время суток	Соленое	кислое	горькое	сладкое
утром	0,0529±0,047	0,034±0,045	0,051±0,161	0,048±0,046
днем	0,067±0,130	0,038±0,045	0,043±0,131	0,047±0,047
вечером	0,0638±0,045	0,049±0,048	0,036±0,044	0,056±0,046

Проведенный анализ результатов густометрии у курящих и некурящих студентов, отраженный в таблице 5 показывает, что наблюдаются достоверные изменения порога вкусовой чувствительности на кислое и сладкое. Для кислого он составляет у курящих: 0,078±0,04, у некурящих: 0,013±0,027, для сладкого у курящих порог составляет: 0,078±0,04 и некурящих: 0,027±0,039. А также наблюдается тенденция к повышению порога вкусовой чувствительности на соленое и горькое. На соленое у курящих студентов составляет 0,086±0,034 и некурящих студентов: 0,055±0,16; на горькое у курящих студентов: 0,059±0,047 и некурящих: 0,034±0,164.

Таблица 5

Пороги вкусовой чувствительности у курящих и некурящих студентов

	Соленое	Кислое	Горькое	Сладкое
курящие	0,086±0,034	0,078±0,04	0,059±0,047	0,078±0,04
некурящие	0,055±0,164	0,013±0,027	0,034±0,164	0,027±0,039

При анализе влияния стажа курения у студентов (в среднем 3-4 года) на порог вкусовой чувствительности изменений не выявлено. Также значительного влияния не оказывают пристрастия в диете и температурные предпочтения в принятии пищи.

Выводы: При оценке порогов вкусовой чувствительности у курящих и некурящих студентов, выявлен факт снижения порога на кислое и сладкое у курящих студентов.

Проведенное нами обследование по методу густометрии показывает, что такие факторы как: пол, время, прошедшее с последнего приема пищи до обследования, наличие-отсутствие заболеваний полости рта, время суток, стаж курения, пристрастия в диете, температурные предпочтения в принятии пищи не значительно влияют на изменение порога вкусовой чувствительности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Од Б. Материалы к изучению физиологии вкусового анализатора у человека: Автореф. дис.... канд. мед. наук / Б. Од. – Улан-Батор, 1973. – 23 с.
2. Физиология челюстно-лицевой области: Метод. Разработки к практ. занятиям / С.М. Будылина, В.П. Дяутерев, М.М. Костюшин и др. – М., 1997. – 30 с.
3. Sato K. Sensitivity of three loci on the tongue and soft palate to four basis tastes in smokers and non-smokers / K. Sato, S. Endo, H. Tomita // Acta Otolaryngol. – 2002. – V. 37, N2. – P. 245-254.

УДК 618.173

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИТОЭСТРОГЕННОГО ПРЕПАРАТА КЛИМАДИНОН® ПРИ ЛЕЧЕНИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ

Графова Е. Д.

*Челябинская государственная медицинская академия
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
Научный руководитель: к.м.н., асс. Пешиков О. В.*

Актуальность проблемы. В настоящее время во всем мире отмечается тенденция к увеличению средней продолжительности жизни женщин. Средняя продолжительность жизни женщин в развитых странах составляет приблизительно 75-80 лет, а в развивающихся странах 65-70 лет [1, 4]. При этом возраст наступления менопаузы остается стабильным и составляет в среднем 49-50 лет, и в результате практически треть жизни женщины проводят в состоянии дефицита половых гормонов. Менопауза, не являясь собственно заболеванием, приводит к нарушению эндокринного равновесия в организме женщины, вызывая приливы, раздражительность, бессонницу, урогенитальные расстройства, а также повышается риск развития остеопороза и сердечно-сосудистых заболеваний. На фоне снижения и “выключения” функции яичников возникает целая гамма расстройств [3].

Патогенетически обоснованным лечением и профилактикой менопаузальных нарушений является заместительная гормональная терапия (ЗГТ). Цель ЗГТ - фармакологически заменить гормональную функцию яичников у женщин, испытывающих дефицит половых гормонов. Важно достичь таких оптимальных уровней гормонов в крови, которые реально бы улучшили общее состояние, обеспечив профилактику поздних обменных нарушений и не вызвали побочных эффектов. Однако, необходимо помнить о существующих противопоказаниях к ЗГТ, таких, как острый гепатит и тяжелая дисфункция печени, тромбоз глубоких вен голени, тромбозэмболические заболевания, эстрогензависимые опухоли, рак молочных желез, рак эндометрия, менингиома, порфирия и другие [2, 5].

При наличии противопоказаний и /или непереносимости ЗГТ возможно использование альтернативных методов лечения. К ним относятся селективные модуляторы эстрогеновых рецепторов (тамоксифен), фитоэстрогены, гомеопатические средства [6]. Среди них заслуживает внимания препарат, в составе которого представлен экстракт цимицифуги рацемозы - Климадинон®. Он обладает выраженными эстрогеноподобными эффектами на основании способности связываться с эстрогеновыми рецепторами в яичниках, костной ткани, головном мозге, аорте и печени при отсутствии стимулирующего эффекта на эндометрий. При лечении Климадиноном® влияние на нейровегетативные проявления осуществляется на уровне головного мозга, так как экстракт цимицифуги рацемозы обладает способностью оказывать эстрогеноподобное влияние на «генератор» гонадотропин-рилизинг-гормон импульсов в гипоталамусе.

Таким образом, Климадинон® является эффективным средством для лечения симптомов климактерического синдрома, у которого отсутствует стимулирующий эффект на эндометрий и молочные железы и он не влияет на липидный спектр крови. Климадинон можно рассценивать как своеобразный селективный модулятор эстрогенной активности, который хорошо переносится и практически не вызывает побочных эффектов.

Цель и задачи исследования: оценить клинический эффект применения фитопрепарата Климадинон® производства компании Бионорика АГ, Германия у женщин с естественной менопаузой, осложненной климактерическим синдромом легкой степени.

Материалы и методы: для изучения нами были выбраны 14 женщин в возрасте от 46 до 55 лет с климактерическим синдромом легкой степени, не принимавших до обследования никаких препаратов для его коррекции. Все женщины находились в постменопаузальном периоде. Длительность естественной постменопаузы составляла не менее 1 года, в среднем – 3,3±2,6. Для определения степени выраженности климактерического синдрома, включающего оценку психоэмоциональных, обменноэндокринных, нейровегетативных нарушений, использовали модифицированный менопаузальный индекс (ММИ) Куппермана. Выявленные у женщин жалобы оценивали в баллах. Для коррекции климактерического синдрома женщинам был рекомендован прием фитопрепарата Климадинон® по 15-20 капель 3 раза в день в течение 3 месяцев, с повторной оценкой ММИ Куппермана после курса лечения.

В контрольную группу вошли 10 пациенток с климактерическим синдромом, так же с легкой степенью, которым было назначено плацебо в виде 500 мг Кальций-Д3 Никомед производства компании Nycomed Pharma (Норвегия) 1 раз в сутки. В данной группе проводилась аналогичная оценка индекса Куппермана.

При обработке результатов ММИ Куппермана применяли метод Фишера.

Полученные результаты. Установлено, что у женщин с климактерическим синдромом легкой степени до лечения максимальное количество баллов составило 32, со средним значением ММИ Куппермана 20,79±8,35. В основном женщины предъявляли жалобы на изменение нейровегетативного статуса – головные боли, нарушение сна, судороги, повышенную потливость, повышение артериального давления, приливы, непереносимость высокой температуры, повышенную возбудимость, сухость кожных покровов; психоэмоционального – снижение памяти, снижение либидо, появление навязчивых идей, ухудшение настроения. Терапевтический эффект Климадинона® в динамике проводимого лечения выразился в следующем:

- на 2-3 неделе приема препарата все обследуемые женщины отметили значительное улучшение самочувствия;
- через три месяца – максимальное количество баллов уменьшилось в 8 раз (с 32 до 4) с достоверным снижением (t по Фишеру 4,2) среднего значения ММИ Куппермана (с 20,79±8,35 до 1,3±1,54), т.е. почти в шестнадцать раз так же по сравнению с исходным (табл.).

Как видно из таблицы наиболее значимые изменения через 3 месяца произошли со стороны нейровегетативных и психоэмоциональных проявлений, а так же и со стороны метаболических. Так через три месяца произошло достоверное улучшение памяти и полностью исчезли жалобы на судороги, повышенную потливость и возбудимость, повышенное АД, приливы, непереносимость высокой температуры, сухость кожных покровов, сонливость, появление гусиной кожи, экзофтальм, слезливости и снижения аппетита. Перестали присутствовать жалобы на боли в мышцах и жажду. Следует подчеркнуть, что все пациентки отметили хорошую переносимость препарата.

Таблица

Степень выраженности нейровегетативных, метаболических и психоэмоциональных симптомов в баллах у женщин до и в течение лечения препаратом Климадинон®

Симптомы	Степень выраженности в баллах (М±σ) n-14	
	Исходный	Через 3 месяца
нейровегетативные	12,4±4,68	0,07±0,27 *
головные боли	1,14±0,36	0
нарушение сна	1,14±0,77	0
судороги	1,07±0,83	0
потливость	1,07±0,73	0
повышенное АД	0,79±1,19	0
приливы	0,79±0,58	0
непереносимость высокой температуры	0,71±0,83	0
возбудимость	0,71±0,91	0
пониженное АД	0,6±1,08	0
сухость	0,64±0,63	0
отечность	0,64±0,8	0
сердцебиение	0,57±0,06	0
сонливость	0,57±0,76	0
вестибулопатии	0,5±0,52	0
гусиная кожа	0,5±0,85	0
экзофтальм	0,43±1,09	0
удушие	0,29±0,73	0
дермографизм	0,07±0,27	0,07±0,27
аллергия	0,07±0,27	0
симптоадреналовые кризы	0	0
метаболические	2,86±2,57	1±1,52 *
боли в мышцах	1±1,18	0
ожирение	0,64±0,84	0,64±0,84
жажда	0,64±0,93	0
тиреоидная дисфункция	0,29±0,47	0,14±0,36
гиперплазия мол желез	0,21±0,43	0,21±0,43
атрофия гениталий	0,07±0,27	0
сахарный диабет	0	0
психоэмоциональные	5,57±3,72	0,21±0,8 *
снижение памяти	1,14±0,95	0,21±0,8 *
либидо	1,1±0,95	0
навязчивость	0,93±1	0
настроение	0,86±1,1	0
слезливость	0,71±0,83	0
утомляемость	0,57±0,65	0
изменение аппетита	0,2±0,8	0
ИТОГО	20,79±8,35	1,3±1,54 *

* - достоверность по Фишеру $\geq 1,96$ (жесткий критерий Фишера) с исходным состоянием

В контрольной группе каких-либо достоверных изменений не отмечено.

Выводы. Терапевтический эффект Климадинона® зависит от длительности приема препарата. Максимальный эффект наступает по истечении трех месяцев лечения. Использование в течение трех месяцев оказывает положительный клинический эффект и на метаболические нарушения. Негормональный фитопрепарат Климадинон® может являться препаратом выбора для лечения женщин с естественной постменопаузой, осложненной климактерическим синдромом легкой степени. Минимальный курс лечения должен составлять не менее трех месяцев.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антонов А. И., Карпова В. М., Медков В.М. и др. Мониторинг демографической ситуации в Российской Федерации и тенденции ее изменения // М. КДУ, 2008 г. - 301 стр.
2. Вихляева Е. М. Постменопаузальная терапия. Влияние на связанные с менопаузой симптомы, течение хронических заболеваний и качество жизни // Е. М. Вихляева. – М.: Медпресс-информ, 2008. – 448 с.
3. Дюкова Г. М. Качество жизни женщины в период климактерия. // Лечащий врач. - 2003. - №1. С. - 48-50.
4. Информация о социально-экономическом положении России 2008 // Информационно-издательский центр "Статистика России" 2008 № 011 ноябрь С. 436.
5. Медицина климактерия / Под редакцией В. П. Сметник. – Ярославль: ООО «Издательство Литера», 2006. - 848с.
6. Тавадзе Л.Р. Принципы терапии климактерических расстройств. // АГ-инфо. - 2007. - №4. С. - 7-14.

ВЛИЯНИЕ АНТРОПОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА ХВОЮ СОСНЫ ОБЫКНОВЕННОЙ (PINUS SYLVESTRIS L.)

Гребенщиков В. П., Казаков Е. А.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра биологии с экологией и курсом фармакогнозии

Научный руководитель: ст. преп. Устинова Т. И.

Актуальность: Сосна обыкновенная (*pinus sylvestris* L.) – одно из самых распространенных деревьев в нашей стране. Считается, что для условий лесной полосы России наиболее чувствительны к загрязнению воздуха сосновые леса. Это определяет выбор сосны в качестве важнейшего индикатора антропогенного влияния принимаемого в настоящее время за «эталон биодиагностики». Информативными по биотехногенному загрязнению являются морфологические и анатомические повреждения, а также продолжительность жизни хвои. Надо заметить, что сернистый газ – вещество крайне ядовитое для растений. Он оказывает вредное воздействие даже в самых малых количествах. Если в воздухе примесь его составляет только одну миллионную, это уже представляет опасность. Вредный газ поступает в атмосферу из труб заводов и фабрик, ТЭС и из выхлопных труб автомобилей. Он возникает в результате сгорания каменного угля и нефти.

В зоне техногенного загрязнения наблюдается снижение массы хвои на 30-60 % в сравнении с контрольными участками. В незагрязненных лесных экосистемах основная масса хвои сосны здорова и не имеет повреждений, и лишь малая часть хвоинок имеет светло-зеленые пятна (некротические точки микроскопических размеров), равномерно рассеянные по всей поверхности. В загрязненной атмосфере появляются повреждения, и снижается продолжительность жизни хвои сосны. Под действием загрязнителей происходит подавление репродуктивной деятельности сосны. Число шишек на дереве снижается, уменьшается число нормально развитых семян в шишках, заметно уменьшаются размеры женских шишек (до 15 – 20 %).

Цель: определить по состоянию хвои сосны обыкновенной загрязненность атмосферы в районах с различной экологической обстановкой.

Задачи:

1. Провести оценку экологической обстановки и выбрать экспериментальные площадки для проведения забора материала.
2. Собрать хвою на экспериментальных и контрольном участках и оценить ее состояние.
3. Провести анализ степени выраженности изменений хвои на различных участках и выявить зависимость состояния сосны обыкновенной от места ее произрастания.

Материалы и методы исследования: С нескольких боковых побегов в средней части кроны 5-10 деревьев сосны в возрасте 15-20 лет производится отбор 200 – 300 пар хвоинок второго-третьего лет жизни. Вся хвоя, взятая на исследование, делится на три части: неповрежденная хвоя, хвоя с пятнами и хвоя с признаками усыхания. Производится подсчет количества хвоинок в каждой группе. Данные заносятся в журнал с указанием даты отбора проб на каждом ключевом участке.

Для оценки степени загрязненности атмосферы были выбраны три участка, различающиеся по удаленности от антропогенных загрязнителей.

Участок № 1 находится на территории заповедника «Столбы», удален от основных предприятий и характеризуется отсутствием видимых факторов загрязнения. Материал, собранный на данном участке, использован в качестве контроля при сравнении.

Участок № 2 расположен на правом берегу в черте города, Свердловского района, вблизи фанпарка «Бобровый лог».

Участок № 3 – это территория Центрального парка, расположенного на ул. К. Маркса вблизи проезжей части. Данный участок наиболее подвержен антропогенным влияниям.

Результаты исследования: Анализ хвои на указанных участках показал, что наибольшая длина хвоинок зарегистрирована на участке № 1 заповедник «Столбы»,

Количество неповрежденных хвоинок было минимальным на участке № 1

Хвоя с пятнами 62

Хвоя с признаками усыхания 22

Наименьшая длина хвоинок была зарегистрирована на участке №3.

Количество поврежденных хвоинок было максимально на участке №3

Хвоя с пятнами 102

Хвоя с признаками усыхания 64

Таблица

Определение состояния хвои сосны обыкновенной

№ Участка	1	2	3
Общее число хвоинок	200 пар	200 пар	200 пар
Количество хвоинок с пятнами	62	92	102
% хвоинок с пятнами	31%	46%	51%
Количество хвоинок с усыханием	22	70	64
% хвоинок с усыханием	11%	35%	32,5%
% здоровый	58%	19%	16,5%
Средняя длина хвоинок	89мм	54мм	49мм

Проведя обработку и систематизацию полученных данных была четко выявлена зависимость длины хвоинок сосны от ее места произрастания а также количество усыханий и пятен обнаруженных в процессе исследования хвоинок.

Выводы:

1. Состояние хвои сосны обыкновенной зависит от места ее произрастания.
2. Основной признак сильного антропогенного воздействия является средняя длина хвои *pinus sylvestris* L.
3. По состоянию хвоинок *pinus sylvestris* L можно определять загрязненность среды ее произрастания

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Санников С.Н. Санникова Н.С. Гришина И.В. Популяционная структура сосны обыкновенной//лесоведение. 1976г. - №1. ст. 76-81
2. Петрова И.В.- Исследование границ популяции у сосны обыкновенной//экология популяций: Тез. докл. всесоюзн. совещание (Новосибирск 4-6 октября 1988г.)- М: ИНИОН АН СССР 1988г. Ч.1 с-271-272

УДК 618.31- 06- 036.8

ФАКТОРЫ РИСКА И ВОЗМОЖНЫЕ ИСХОДЫ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Грицаева Е. А., Роженцова О. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра акушерства и гинекологии ИПО*

Научный руководитель: к.м.н., асс. Шагеев Т. А.

Актуальность проблемы внематочной (ВМБ) беременности объясняется сравнительно высокой частотой данной патологии. Частота ВМБ на сегодняшний день составляет 7,4-19,7 на 1000 зарегистрированных беременностей (МОНИ-ИАГ) и не имеет тенденции к снижению. Несмотря на то, что риск смерти от ВМБ за последние годы снизился, эта патология занимает второе место среди причин материнской смертности в мире.

Особую актуальность приобретает возросшая частота первых беременностей с эктопической локализацией, поскольку объемом хирургического лечения более чем у 50% является оргаоуносящая операция, а у 7-17% - имеет место повторная ВМБ.

В структуре эктопической беременности, трубная занимает главенствующее положение, на ее долю приходится 96,5- 98,5 %. Яичниковая беременность составляет 0,4- 1,3 %, брюшная 0,1 %, шеечная 0,1- 0,4 %.

Цель: Изучить особенности структуры больных с внематочной беременностью, по материалам Городской больницы № 4.

Задачи исследования:

1. Определить возрастной состав.
2. Оценить репродуктивную функцию женщин с ВМБ.
3. Выявить сопутствующие факторы.
4. Изучить структуру оперативных вмешательств при ВМБ.
5. Разработать план профилактики возникновения ВМБ и восстановление (рекомендации) после ВМБ.

Нами проведен ретроспективный анализ 363 случая (историй болезни) пациенток с диагнозом эктопическая беременность, обратившихся за медицинской помощью, в Городскую больницу №4 в 2008 году. Возраст больных варьировал в пределах от 19 до 45 лет.

Каждая третья женщина ранее не имела беременностей 105 (29%), а у 36 (10%) пациенток в анамнезе отмечена трубная беременность.

Медицинские аборты в анамнезе имели 203 (56%) пациентки, самопроизвольные выкидыши отмечались у 40 (10%), и лишь 157 женщин имели в анамнезе роды.

Также у 323 (90,62%) больных в анамнезе было отмечено наличие сопутствующих заболеваний таких как хронический аднексит (30%), хронический сальпингит (11%), ИППП (30%) в основном хламидиоз и уреаплазмоз, эндометрит (5%), киста яичника (15%).

Клиническую картину трубной беременности формировали боли в нижних отделах живота и пояснице (54,17%), ациклические кровянистые выделения из половых путей (70,83%), задержка очередной менструации (35,94%). Чаще в 40% случаев боли носили тянущий характер и характеризовались средней и незначительной интенсивностью. Только 14% пациенток предъявляли жалобы на интенсивные, но проходящие боли. Боль локализовалась преимущественно в области гипогастрия и только в трети наблюдений отмечалась на стороне «беременной» маточной трубы. У подавляющего большинства пациенток 286 (85,94%) отсутствовала характерная иррадиация болей в прямую кишку, правое подреберье и лопатку.

Для лечения больных с эктопической беременностью были использованы хирургические методы: 56 лапароскопических и 307 лапаротомических операций.

Во время эндохирургического вмешательства выполняли как тубэктомии - оргаоуносящие, так и оргаоохраняющие операции: 58(11%) сальпинготомий и 305(89%) тубэктомий.

Оргаоохраняющие операции на «беременной» маточной трубе осуществляли в случае прогрессирующей трубной беременности и способствовало сохранению детородной функции, что особенно важно для нерожавших пациенток.

Необходимо уточнить, что оптимальным хирургическим доступом при прогрессирующей трубной беременностью является лапароскопия, а оптимальным объемом для молодых пациенток репродуктивного возраста - сальпинготомия удаление плодного яйца.

В результате исследования были выделены три возрастные группы: 19-25; 26-35; 36-45 лет. Наибольшее число пациенток с диагнозом эктопическая беременность приходится на детородный возраст 26-35 лет – 201(62%) случаев.

Одной из главных причин возникновения эктопической имплантации плодного яйца следует считать нарушение механизма продвижения оплодотворенной яйцеклетки по маточной трубе, что связано с ослаблением и недостаточной сократительной функции трубы или от непосредственного препятствия связанного с уменьшением просвета или спаечным процессом. При изучении анамнеза больных, были выявлены факторы риска, которые в большинстве своих случаях приводят к возникновению внематочной беременности – это в большинстве случаев воспалительные заболевания женских половых оргаоов.

В результате нашего исследования сделаны следующие выводы:

1. Внематочной беременности наиболее подвержены женщины среднего фертильного 26-35 возраста, что не противоречит данным литературы.
2. При оценке репродуктивной функции у большинства пациенток отмечается отягощенный анамнез, что способствует, по видимому возникновению нарушений перистальтической активности маточных труб после выскабливания полости матки.
3. Сопутствующими заболеваниями чаще всего являлись воспалительные заболевания придатков матки, такие инфекции как - хламидиоз и уреаплазмоз, что в свою очередь является фактором риска возникновения внематочной беременности.
4. В структуре оперативных вмешательств, преобладали операции с удалением маточной трубы лапаротомным доступом, что объясняется в большинстве случаев, прервавшейся внематочной беременностью, т.е. разрывом маточной трубы и внутрибрюшным кровотечением - экстренностью ситуации. Меньшее количество эндоскопических операций объясняется плановым порядком этих оперативных вмешательств, что не характерно для такой патологии как - внематочная беременность.
5. План:
 - Необходимо провести полное обследование для выявления причины возникновения внематочной беременности (инфекции- хламидиоз, гонорею, уреаплазмоз, микоплазмоз; гормональное обследование- эстроген, прогестерон; УЗИ).
 - Коррекция всех выявленных нарушений.
 - Гормональная подготовка (назначение комбинированных оральных контрацептивов).
 - Планирование беременности (не раньше чем через год после ВМБ).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адамян Л.В., Зурабиани З.Р., Козаченко А.В. // Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней / Под.ред. В. И Кулакова, Л.В. Адамян. – М., 2000. - С. 533- 556.
2. Бурдули Г.М., Фролова О.Л. Репродуктивные потери.- М.,2002.- С.78- 87.
3. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. – М.,2002.- С.98.
4. Глуховец Б.И., Хмельницкий О.К. Патология маточных труб. В кн.: Патоморфологическая диагностика гинекологических заболеваний. Под.ред. О.К. Хмельницкого. С- Петербург 1999.- С. 317- 325.
5. Срижаков А.Н., Давыдов А.И., Шахламова М.Н., Белоцерковцева Л.Д. Внематочная беременность.- Изд. 2- е.- М.,2001.
6. Хачкуров С.Г. Ультразвуковая диагностика внематочной беременности. М.: МЕДпресс- информ, 2006.- С.15- 43.
7. Эндоскопия в гинекологии / Под.ред. Савельевой Г.М. М.: Медицина, 2002.С. 200.

УДК: 616.8-009.836:616.831:616.1

НЕКОТОРЫЕ КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И ПРОБЛЕМА СНА У БОЛЬНЫХ С КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Грудина К. И., Позднякова Л. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра патологической физиологии*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Рагинене И. Г.

Актуальность проблемы. Когнитивная дисфункция выявляется у 35-50% больных с сердечной патологией и ассоциируется с пятикратным увеличением риска смертности [7]. Роль артериальной гипертензии в формировании когнитивных нарушений обсуждается давно. Патогенетической предпосылкой поражения головного мозга при артериальной гипертензии являются 3 процесса: высокое артериальное давление, нестабильное артериальное давление, гипоперфузия головного мозга на фоне неадекватной гипотензивной терапии, особенно на поздних стадиях гипертонической болезни при формировании церебральной микроангиопатии в глубинных отделах белого вещества [3,4]. Коварство артериальной гипертензии состоит в том, что длительное время она протекает бессимптомно или малосимптомно, оказывая повреждающее действие на сосудистую систему и вещество головного мозга, формируя симптоматику гипертонической энцефалопатии с присущим ей когнитивным компонентом [2]. Присоединение церебрального атеросклероза способствует дальнейшему ухудшению кровоснабжения головного мозга с возможным формированием сосудистой деменции [1].

Рядом ученых было обнаружено, что артериальная гипертензия встречается у 70–90% лиц с синдромом обструктивного апноэ сна, при котором наблюдается гипоксия, фрагментация сна, что приводит к частым пробуждениям и к активации симпатической нервной системы [7]. Резко возрастает частота сердечных сокращений, повышается артериальное давление, могут появиться различные нарушения ритма сердца. Повышению артериального давления способствует и третий механизм – резкое снижение внутригрудного давления, что ведет к перегрузке сердца излишним объемом крови [5].

Цели. Провести исследование больных с кардиологической патологией в анамнезе на наличие тревоги, депрессии, когнитивных нарушений и некоторых нарушений сна. Выявить возможные когнитивные нарушения у данной категории больных и при выявлении патологии дать практические рекомендации по профилактике когнитивных дисфункций.

Задачи исследования:

1. Подобрать анкеты, которые можно использовать в условиях кардиологического стационара;
2. Собрать кардиологический анамнез;
3. Провести скрининг-диагностику по анкетам на выявление нарушения памяти и внимания;
4. Провести скрининг-диагностику на выявление тревоги и депрессии;
5. Провести скрининг-диагностику нарушения сна;
6. Обработать результаты;
7. Сделать выводы и обосновать практические рекомендации.

Материалы и методы исследования. На базе кардиологического отделения Дорожной больницы нами было обследовано 38 больных с ИБС. Средний возраст больных составил 62 года. Из них 40% - женщины, 60% - мужчины. В ходе беседы с больными были выявлены не только жалобы, характерные для больных с ИБС, но и жалобы на нарушение сна,

в частности: храп и частое пробуждение. Нами была проведена скрининг-диагностика обструктивного апноэ сна, сбор анамнеза, расшифровка ЭКГ и исследование когнитивных функций: памяти и внимания (у 80% обследуемых). Исследование памяти проводилось по методу Лурия, заключающегося в запоминании десяти слов. Обследование включало 5 попыток, после 5 попытки обследование прекращалось, а через час больного просили вспомнить все 10 слов. Таким образом, проверяется кратковременная и долговременная память.

Исследование внимания проводилось с помощью таблиц Шульте. Каждая таблица представляет собой поле с разбросанными в нем числами от 1 до 25. Обследуемому необходимо показать последовательно все числа, при этом фиксируется время, за которое задание полностью выполнено. В исследовании использовалось 3 таблицы. В норме, длительность отыскивания чисел не превышает 35 секунд.

Исследование тревоги и депрессии проводилось с помощью опросника, состоящего из 14 утверждений, в каждом из которых от пациента требовалось оценить высказывания по шкале от 0 до 3.

Полученные результаты. По исследованию памяти и внимания методом Лурия нами были получены следующие результаты: кратковременная память $8,9 \pm 0,26$ слов; долговременная память $7,4 \pm 0,4$ слов. У 10,5% исследуемых эти показатели были равны $3,8 \pm 0,12$ слов, что свидетельствует о значительном снижении и кратковременной, и долговременной памяти.

После анализа времени выполнения задания по таблицам Шульте нами были получены следующие результаты: выполнение задания таблицы 1 заняло $51,3 \pm 3,5$ секунды, таблицы 2 – $51,6 \pm 5,1$ секунды, таблицы 3 – $47 \pm 2,6$ секунды. Эти показатели, свидетельствующие о нарушениях внимания, были выявлены у 86,8% обследуемых. Нарушение когнитивных функций у данных обследуемых возможно связано и с сосудистой патологией, и метаболическими нарушениями.

Анализ результатов опросника по тревоге и депрессии показал: субклинический синдром депрессии у 30,5%, а клинический – у 10,9% пациентов; субклинический синдром тревоги у 27%, а клинический – у 9,2% пациентов.

Проводилось исследование сна методом анкетирования, предусматривающее вопросы качественной оценки сна. Выявлено, что у 85,7% больных наблюдаются нарушения сна в виде дневной сонливости и различных дыхательных расстройств, таких как храп.

Однако, с учетом того, что были выявлены тревога, депрессия, нарушения сна, такие как дневная сонливость, апноэ сна – можно предположить, что эти нарушения сна влияют и на когнитивную функцию, так как любая гипоксия, возникающая пароксизмально, может приводить и к сосудистой патологии и к формированию стойкой патологии мозга [6].

Выводы:

1. У больных с кардиологической патологией в анамнезе были выявлены различные нарушения сна, а также некоторые тревожно-депрессивные расстройства;
2. Наряду с нарушением сна – когнитивная дисфункция у 81,25% пациентов с кардиологической патологией;
3. С учетом проведенного исследования, необходимо всем больным с сосудистой патологией проводить скрининг-диагностику нарушения сна и когнитивной дисфункции;
4. При выявлении на уровне скрининг-диагностики каких-либо нарушений, необходимо дальнейшее обследование больных, для предупреждения в дальнейшем грубых когнитивных расстройств.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гаврилова С. И. Психические расстройства при первичных дегенеративных (атрофических) процессах головного мозга. Руководство по психиатрии под ред. А. С. Тиганова. - Москва, 1999. - том 2. - с.46-47.
2. Зидек В. под ред. Аничкова Д.А. Артериальная гипертензия. – Москва, изд. “ГЭОТАР-Медиа”, 2009 – с. 90-92. - ISBN:978-5-9704-0953-4
3. Калинин А.Л. Синдром обструктивного апноэ сна – фактор риска артериальной гипертензии// Артериальная гипертензия. – Москва, 2003. - Том 09, №.2. – с.23
4. КардиоСайт. - создан при содействии Всероссийского Научного Общества Кардиологов и международной фармацевтической компании “Solway Pharma”, техническая поддержка оказана компанией “АЛП”. - 2007-2009. - <http://www.cardiosite.ru>
5. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Моисеев В.С. Артериальная гипертензия: ключи к диагностике и лечению. – Москва, изд. “ГЭОТАР-Медиа”, 2009. – с. 794-800. - ISBN:978-5-9704-1026-4
6. Преображенская И.С., Мхитарян Э.А., Яхно Н.Н. Роль сосудистых нарушений в патогенезе дегенеративной деменции //Фундаментальные науки и прогресс клинической медицины. Научно-практическая конференция. – Москва, 2002. – Тезисы докладов. – с.319-321.
7. Сайт о храпе, ООО компания Сомномед. - 2005-2008. - <http://www.xrap.ru>

УДК 616.993.162 (575)

ДВА СЛУЧАЯ ЛЕЙШМАНИОЗА КОЖИ У ПРИЕЗЖИХ ИЗ СРЕДНЕЙ АЗИИ

Давиденко Е. Ю.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра кожно-венерических болезней с курсом ПО*

Научные руководители: к.м.н., асс. Гасич Н.А., д.м.н. проф. Прохоренков В. И.

Лейшманиозы (лат. Leishmaniasis) – группа паразитарных, в основном зоонозных, заболеваний, распространенных в тропических и субтропических странах; вызывается паразитирующими простейшими рода Leishmania, которые передаются человеку через укусы москитов. Большой вклад в изучение этого заболевания внес основоположник кафедры кожных и венерических болезней КрасГМИ И.И. Гительзон. В 30-х годах он подробно изучал клинику и патогенез туберкулоидной формы лейшманиоза и впервые применил метод профилактических прививок кожного лейшманиоза культурой возбудителя.

Красноярский край не является эндемичным районом по заболеваемости лейшманиозом. Однако в связи с большим наплывом жителей Таджикистана, Узбекистана, Туркменистана на сезонные работы, эта проблема с каждым годом становится все более актуальной.

Приводим наше наблюдение: больная Х., 6 лет. Поступила в Краевой кожно-венерологический диспансер (ККВД) в мае 2008 года из г. Байсун (Узбекистан). Заболела в ноябре 2007 года, когда после укуса москита на правой щеке появился красный бугорок, впоследствии изъязвившийся. Через месяц рядом с ним появился второй бугорок, а спустя несколько недель третий. Бугорки имели мостики-лимфангиты между собой. По периферии бугорков находился белесоватый бордюр

с прозрачным содержимым, элевирующий над поверхностью кожи. В Узбекистане ребенок был консультирован врачом-дерматовенерологом. После проведенного обследования был выставлен диагноз стафилококковая пиодермия и назначено лечение мазями с дегтем и ихтиолом. Лечение проходило без положительной динамики.

Локальный статус: кожный процесс носит локальный характер. Очаг поражения локализован на левой щеке, четко отграничен от здоровых тканей, округлой формы, в диаметре 5*6 см. Элевирует над поверхностью кожи. Бордюр желто-восковидного цвета на фоне отечной и резко гиперемированной кожи. В центре очага имеется язвенный дефект. Дно язвы покрыто гнойным налетом.

В ККВД из бордюра, окружающего язву, после предварительного разреза был взят мазок, подтвердивший наличие простейших рода *Leishmania* - возбудителей лейшманиоза. На основании клинической картины, данных анамнеза (укус москита), а также обнаружения возбудителя в материале был выставлен диагноз: В качестве терапии был назначен гентамицин (300000*2 раза в день) и гентамициновая мазь для наружного применения. Курс лечения составил 7 дней.

Больная К., 43 года, Таджикистан. Заболела в марте 2008 года, факта укуса насекомыми не помнит. Сначала в области переносицы появился красный бугорок, который вскоре изъязвился. По назначению районного дерматолога смазывала пораженный участок мазью Вишневского. Лечение проходило без положительной динамики. С подозрением на лейкоз крови больная была направлена в онкологический диспансер, диагноз не подтвердился.

Локальный статус: процесс носит очаговый характер с локализацией на коже переносицы. Четко отграничен от здоровой ткани, округлой формы, в диаметре 4*5 см. Элевирует над поверхностью кожи. Бордюр желто-восковидного цвета на фоне отечной и резко гиперемированной кожи. В центре очага имеется язвенный дефект. Дно язвы покрыто гнойным налетом.

В сентябре 2008 года находилась на обследовании в ККВД. На основании характерной клинической картины и обнаружения возбудителя в материале, взятом из инфильтрата, был выставлен диагноз: лейшманиоз, городской тип. В качестве терапии был назначен гентамицин (400000*2 раза в день) и гентамициновая мазь для наружного применения. Курс лечения составил 8 дней. Язва зарубцевалась, больной рекомендована косметическая коррекция рубцового дефекта.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Иванов О.Л. Кожные и венерические болезни. Справочник.-М.: Медицина, 1997. – 349 с.
2. Кожные и венерические болезни: Рук-во для врачей Т. 1/Под редакцией Ю.К. Скрыпкина, В.Н. Мордовцева. М.: Медицина, 1999. – 878 с.
3. Кожные и венерические болезни: Рук-во для врачей Т. 2/Под редакцией Ю.К. Скрыпкина, В.Н. Мордовцева. М.: Медицина, 2000. – 878 с.

УДК 616.5-002-056.3-085

КРЕМ-ПЕНА «АЛЛПРЕССАН» В ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Давиденко Е. Ю.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра кожно-венерических болезней с курсом ПО*

Научный руководитель: к.м.н., асс. Гасич Н. А.

Атопический дерматит (АД) – один из наиболее часто встречающихся дерматозов в детском возрасте, с хронически рецидивирующим течением, с наследственной аллергологической отягощенностью. В патологический процесс при АД вовлекаются иммунная, пищеварительная и нервная системы. Чтобы предотвратить обострение болезни необходимо устранить все провоцирующие факторы. Тем не менее, болезни характерны сезонные обострения. В современной дерматологии используются глюкокортикостероидные средства, не влияющие на уровень кортизола в крови, с успехом применяемые в лечении АД, но необходимо учитывать определенные показания для их назначения, невозможность длительного их применения на обширных участках кожи (1).

Привлекают внимание дерматологов средства наружной терапии АД, которые не содержат кортикостероидного компонента, оказывающие достаточное противовоспалительное, увлажняющее кожу действие и противозудный эффект – крем-пена «Аллпрессан». Больные АД зачастую не переносят жирных мазей, кремов, содержащих ланолин. У многих из них имеется непереносимость шерсти.

Крем-пена «Аллпрессан» содержит мочевины – естественный увлажняющий фактор кожи, который связывает воду в роговом слое, улучшая водно-липидную мантию. Крем-пена «Аллпрессан» поддерживает естественную функцию кожи, позволяет ей «дышать», легко впитывается кожей, улучшает теплообмен и микроциркуляцию в коже. Известно, что острая стадия кожного воспаления при АД ассоциирована с преобладанием Th2-лимфоцитов, что увеличивает выраженность присоединения вирусной, бактериальной и грибковых инфекций (1,2,3,4). Экзотоксины золотистого стафилококка, выступающие в роли суперантигенов, инициируют и поддерживают аллергическое воспаление в коже. Стафилококковые антигены проникают через экскориированный эпителий, активируют макрофаги и моноциты, секретирующие гранулоцитарно-макрофагальный колониестимулирующий фактор, что способствует дальнейшей инфильтрации кожи Th2-клетками и подавлению функции Th1-лимфоцитов, при этом усиливается воспаление кожи (2,5).

Весьма целесообразным является наличие в современных средствах лечебной косметики антибактериальных компонентов, которые прерывают патогенетический круг иммунного воспаления (1,3,5)

Крем-пена «Аллпрессан» не содержит отдушек и консервантов (важно для предотвращения аллергических реакций). Крем-пена «Аллпрессан» комфортна в использовании, может применяться с первых дней жизни ребенка.

Появление полужирных и жирных кремов-пен с различным содержанием мочевины особенно крем-пены 2-го поколения) обеспечило разнообразие продукции, что дало дерматологам возможность дифференцировать терапию и назначать крема по разным показаниям в соответствии с индивидуальным типом кожи и особенностями трудовой деятельности (3).

Одной из характерных черт АД является зуд кожи без клинических признаков поражения при контакте с потом. Потоотделение, возникающее в результате любого стресса, физиологической активности или под воздействием тепла, контролируется через улучшение терморегуляции, уменьшение физической активности, оптимизации реакции на стресс. Для защиты кожи от влаги (пота, воды) применяются крема-пены. Они очень эффективны у больных с поражением

периоральной области, ангулярном стоматите, что очень часто встречается у больных АД. Если их наносить каждый раз перед едой на пораженную кожу и слизистые, то таким образом смягчается раздражающий эффект слюны и пищи. Раздражающее действие выделений из носа у больных АД при рините, может быть предотвращено при нанесении крема-пены «Аллпресан». На верхнюю губу и кожу вокруг ноздрей (2-8 раз в сутки).

Крем-пена «Аллпресан» очень эффективна при пеленочном дерматите у младенцев, защищая кожу от внутренней (пота) и внешней влаги. Информация о продукции: крем-пена «Аллпресан» выпускается во флаконах под номерами 1, 2, 3 и 3 плюс. Аллпресан 1 – для нормальной кожи, 75 мл. Аллпресан 2 – увлажняющая крем-пена для проблемной кожи (75, 125 мл), содержит 5% мочевины. Аллпресан 3 – увлажняющая крем-пена для сухой кожи, содержит 10% мочевины, (75, 125 мл). Аллпресан 3 плюс содержит 15% мочевины и масло примулы вечерней (фитоадаптоген) для очень сухой кожи (50, 125 мл). Эксклюзивный представитель в Российской Федерации – ООО РИА «Панда» Санкт-Петербург.

Целью нашего исследования было: изучить клинический эффект и переносимость крем-пены «Аллпресан» у больных АД трех возрастных периодов.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 30 больных АД. Из них 10 больных первого возрастного периода (с 1 года до 2-х лет), 12 больных второго возрастного периода (с 3-х до 14 лет) и 8 больных – третьего возрастного периода (взрослых), у 5 из них была выражена кератодермия ладоней и подошв. У большинства больных очаги АД локализовались на коже лица, волосистой части головы, шеи, груди, спине, верхних и нижних конечностях, в области локтевых, лучезапястных, подколенных сгибов. Были представлены эритемой, отеком, с множеством лихеноидных биопсированных папул, выраженным шелушением, ксерозом, гиперлинеарностью кожи кистей и стоп, мелкими трещинами на фоне инфильтрации кожи. Субъективно всех больных беспокоил зуд, жжение, сухость (стягивание) кожи, болезненность в области эпидермально-дермальных трещин, их кровоточивость при движениях конечностей, ограничение в движениях.

По системе SCORAD всех больных АД разделили на три группы:

- $kS < 20$ – легкая степень тяжести АД (14 детей первого и второго возрастных периодов);
- $20 < kS < 40$ – средняя степень тяжести АД (8 детей и 5 взрослых).
- У 3 взрослых $kS > 40$, тяжелая степень АД, выраженная сухость кожи и кератодермия, лимфаденопатия.

Крем-пену «Аллпресан 1» применяли у больных АД первого возрастного периода и в периоде ремиссии. Детям второго возрастного периода назначали крем-пену «Аллпресан 2», а по мере стихания обострения – «Аллпресан 1», с использованием комплексного лечения дезинтоксикационными средствами, сорбентами, ферментами, антигистаминными и десенсибилизирующими препаратами, иммунокорректорами.

Взрослым назначали крем-пену «Аллпресан 2, 3, 3 плюс» на участки выраженной лихенификации и кератодермии. Детям в острые период назначали до 3-5 дней кортикостероидные кремы, эмульсии (адвантан, афлодерм, акридерм), а также крем, аэрозоль Скин-Кап с переходом на крем-пену «Аллпресан 1,2». Часть детей второго возрастного периода и взрослые получали от 1 до 2-х недель кортикостероидные мази серии акридерм, элоком 1:1 с «Аллпресаном 2,3» 2 раза в сутки. При кератодермии ладоней и подошв назначали «Аллпресан 3 плюс» в чистом виде, а также на участки выраженной лихенификации и шелушения через каждые 4 часа.

Продолжительность лечения больных АД разных возрастных групп составила от 18 дней до 3-4 недель. У больных АД с кератодермией – до 30-35 дней Побочных эффектов не было. Больные АД с обилием трещин и кератодермией первые дни ощущали легкое жжение при выраженном смягчающем эффекте, что вызывало у них желание чаще наносить на кожу (до 4-6 раз в сутки) крем-пену с более низким содержанием мочевины. Крем-пена «Аллпресан» у больных АД с выраженным ксерозом кожи, проявлениями ихтиоза способствовала быстрому (уже на 2-3 день) отшелушиванию кожи, отхождению чешуйко-корок с волосистой части головы. К 15 дню лечения начала разрешаться кератодермия и к 30-35 дню наступило полное ее разрешение. У большинства больных довольно быстро разрешились участки лихенификации и лихеноидные папулы с быстрым купированием зуда, особенно в ночное время, что улучшило сон больных. Сон восстанавливался в конце первой недели.

На 6-7 день лечения крем-пенной ксероз кожи у больных АД уменьшился на 50%, отек кожи – на 60%, папулы разрешились на 45-50%, лихенификация и зуд кожи на 70%. Частота сопутствующих инфекций снизилась на 65%. На фоне лечения крем-пенной «Аллпресан» отмечалось быстрое исчезновение эритемы, отеков кожи, наступала быстрая эпителизация трещин – в течение первой недели лечения.

Выводы:

1. Клиническое изучение терапевтической эффективности крем-пены «Аллпресан», проведенное у больных АД трех возрастных периодов, показало, что крем-пена «Аллпресан» достаточно эффективное средство в наружной терапии АД. Препараты «Аллпресан» могут быть рекомендованы как монотерапия в частичную и полную ремиссию на длительный период, даже на год.
2. Использование крем-пены «Аллпресан» в комплексном лечении больных АД усиливает терапевтический эффект от комплексного лечения, выражающийся в стойком разрешении клинических проявлений.
3. Крем-пена «Аллпресан» для больных АД является надежной защитой от обострения, предупреждает прием более агрессивной терапии – гормонов и цитостатиков.
4. Крем-пена «Аллпресан» удобна в применении, пригодна для длительного использования и не имеет побочных эффектов, тем самым вызывает у больных желание частого и длительного нанесения на кожу, что дает возможность больным АД применять ее профилактически, предупреждая обострения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Короткий Н.Г., Тихомирова А.А., Таганов А.В., Моисеенко А.В. Атопический дерматит у детей // Руководство для врачей. ООО издательство Триада, Тверь, 2003 – 236 с.
2. Монахов С.А., Богадельникова А.Е. Средства лечебной косметики в комплексной терапии атопического дерматита // Клиническая дерматология и венерология, 2006; 4; 92-94.
3. Рудольф Р. Роль защитных кремов-пен в реабилитации пациентов с хроническими дерматозами // Клиническая дерматология и венерология. 2006; 4; 65-69.
4. Hanifin I.M., Raika G/ Diagnostic features of atopic dermatitis // Acta Dermatoven. (Stokholm) 1980; Suppl. 92: 44-47.
5. Leung DYM. Atopic dermatitis: immunobiology and treatment with immunomodulators Clin Exp. Immunol. 1997; 107 (Suppl. 1): 25-30.

РЕАЛИЗАЦИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ МЕТОДИКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УЧИЛИЩА

Давыдов Р. Ю.

Красноярское государственное медицинское училище

Научные руководители: Новикова Л. И., Степанова С. И., Шарайкина Е. Ю.

Актуальность. Правильная осанка является одной из обязательных черт гармонично развитого человека, внешним выражением его телесной красоты и здоровья. Переоценить значение хорошей осанки трудно: это не только основа стройной и красивой фигуры, но и здоровый позвоночник от которого во многом зависит состояние всего организма.

За период обучения в среднем специальном образовательном учреждении, по статистическим данным, здоровье студентов ухудшается, что прослеживается и по нашему учебному заведению (рис. 1).

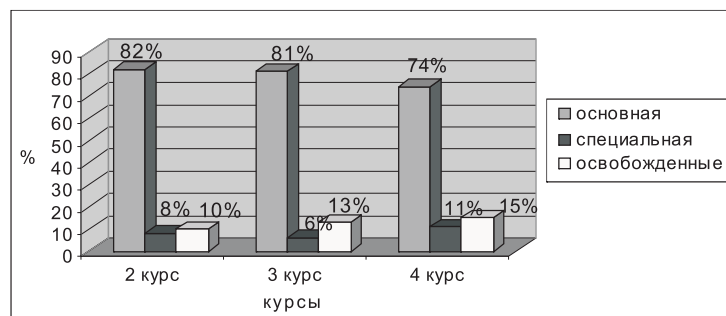


Рис. 1.

По данным за 2008 год численность студентов основной группы здоровья 4 года в сравнении со 2 годом обучения уменьшилась на 11%, специальной медицинской группы увеличилась на 3%, численность освобожденных от занятий физической культурой увеличилась на 5%.

По результатам исследований членов кружка «Медицинская сестра реабилитации» от 76 до 78% студентов Красноярского медицинского училища имеют нарушения осанки различной формы и степени тяжести и нуждаются в ее коррекции и профилактике, что соответствует статистическим данным по городу Красноярску, Красноярскому краю и России в целом. Для профилактики нарушений осанки членами кружка разработаны памятки для родителей и студентов; специальный комплекс физических упражнений (необходимо выполнять 2-3 раза в течение дня и во время занятий).

В настоящее время научно доказана роль недостаточной двигательной активности в возникновении полиморфных расстройств, затрагивающих не только локомоторный аппарат, но и кардиореспираторную, иммунобиологическую системы и обмен веществ молодого организма. Поэтому необходимо использовать во время учебного процесса мероприятия, увеличивающие двигательную активность, не в ущерб как учебного процесса, так и состояния здоровья обучающихся. К таким мероприятиям относятся:

1. Физкультминутки.
2. Валеологические паузы.
3. Режим динамических поз.

Особенностью функционирования и развития среднего специального образовательного учреждения становится не только обучение, но и физическое развитие, сохранение здоровья обучающихся. Поэтому **главной целью** нашей работы является: повышение заинтересованности всех субъектов воспитательно-образовательного процесса Красноярского медицинского училища в формировании позиции на здоровьесбережение. Эта позиция нашла свое отражение в основных направлениях приоритетного национального проекта «Здоровье», где ведущая роль отводится именно специалистам среднего медицинского звена, как в сохранении и укреплении собственного здоровья, так и здоровья своих пациентов.

Задачи:

1. Разработка комплексов физических упражнений и рекомендаций по их проведению для физкультминуток, валеологических пауз и других мероприятий, повышающих двигательную активность обучающихся.
2. Обучение студентов по выполнению комплексов физических упражнений для:
 - мобилизации внимания;
 - улучшения мозгового кровообращения;
 - снятия утомления с плечевого пояса и рук; туловища и ног;
 - профилактики нарушений осанки во время учебных занятий в Красноярском медицинском училище.
3. Расширение профессиональной компетентности будущих медицинских сестер и акушерок по проблемам здоровьесбережения и формирование у них культуры здоровья.

Физкультминутки являются обязательным элементом здоровьесберегающей организации занятия. Физкультминутки способствуют снятию локального напряжения и состоят из комплекса упражнений (3-4 упражнения), выполняемых в течение 1-1,5 минут во время занятия. Каждое упражнение в комплексе повторяется 3-5 раз. Комплексы упражнений необходимо менять 1 раз в 2 недели. Физкультминутки могут сопровождаться проветриванием аудитории, музыкальным сопровождением.

По содержанию физкультминутки различны, так как предназначены для конкретного воздействия на ту или иную группу мышц или систему организма, которые в большей степени подвергаются утомлению во время учебной деятельности на занятии: мышцы шеи, спины, пальцев рук, бедер и др.

Комплексы состоят из физических упражнений, которые не требуют сложной координации движений и большого пространства и которые можно выполнять в различных положениях: сидя, стоя.

По направлению воздействия различают физкультминутки:

- общего воздействия, изометрические;
- улучшения мозгового кровообращения (рис. 2),



Рис. 2.

- снятия утомления с плечевого пояса и рук (рис. 3),



Рис. 3.

- снятия утомления с туловища и ног (рис. 4).



Рис. 4.

С целью повышения эффективности воздействия физических упражнений на организм необходимо учитывать четыре условия:

1. Быструю смену деятельности;
2. Эмоциональную составляющую физкультминутки;
3. Состав упражнений физкультминутки зависит от особенностей занятия;
4. Учет особенностей будущей **профессиональной деятельности** обучающихся и включение упражнений, способствующих профилактике утомления тех групп мышц, на которые будет падать наибольшая нагрузка в процессе профессиональной деятельности.

Валеологические паузы применяются как для профилактики утомления, так и при развивающемся утомлении. Валеологические паузы способствуют снятию мышечного и психоэмоционального напряжения, повышению эффективности обучения, активизируют умственную деятельность, благодаря широкому и разнообразному воздействию на различные функции организма.

Валеологические паузы включают в себя:

- физические, дыхательные упражнения, психологические тренинги;
- пальцевые упражнения (используются упражнения на развитие силы кисти, гибкости кисти, на расслабление кистей рук, тренинги для фаланг пальцев, для снятия утомления),
- гимнастика для глаз (рис. 5) (включают упражнения для улучшения кровообращения в органе глаза, укрепления мышц глаза, улучшения процесса аккомодации, офтальмотренаж),



Рис. 5.

- самомассаж (рис. 6) (можно использовать самомассаж лица, массаж ушной раковины, блиц-массаж Д.В.Керна, точечный массаж).



Рис. 6.

Цели использования валеологических пауз:

- активизация учебной деятельности в начале занятия,
- профилактика нарушений осанки,
- снятие мышечного напряжения с различных групп мышц,
- повышение двигательной активности на занятии,
- предупреждение и снятие психоэмоционального напряжения и возбуждения,
- активизация деятельности познавательных функций на занятии (память, внимание, восприятие),
- предупреждение и снятие утомления слухового и зрительного анализаторов,
- развитие моторики кисти,
- улучшение мозгового кровообращения.

Режим динамических поз. Разработан и внедрен в практику системы образования (школьной) В. Ф. Базарным (1983), суть которого заключается в периодической смене (ориентировочно через 10-12 минут) поз обучающегося: положения «сидя» и положения «стоя».

Вывод: Задача здоровьесберегающей методики в средних медицинских образовательных учреждениях – обеспечить выпускнику высокий уровень здоровья, сформировать культуру здоровья, тогда диплом о профессиональном образовании действительно будет путевкой в счастливую самостоятельную профессиональную жизнь (рис. 7).



Рис. 7.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Волков М.В., Дедова В.Д. Детская ортопедия. — М.: Медицина, 1980.
2. Дубровский В.Л. Лечебная физкультура. Учебник для вузов. — М., 2004.
3. Епифанов В.А. Лечебная физкультура. - М.: Медицина, 2001.
4. Захарова Л.И., Двойников С.И., Рябчикова Т.В. и др. Сестринское дело в педиатрии. Руководство. - Самара: ГП Перспектива, 2000.

УДК 616.379-008.64-084:616.8:616.379-008.64-07

МЕТОД РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕВРОПАТИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ФОРМИРОВАНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

Дарсавелидзе О. К., Киселев И. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра медицинской генетики и клинической нейрофизиологии ИПО*

Научный руководитель: д.м.н., проф. Шнайдер Н. А.

Актуальность проблемы. Синдром диабетической стопы (СДС) - патологические изменения периферической нервной системы, артериального и микроциркуляторного русла, костных структур, представляющие непосредственную угрозу развития язвенно-некротического процесса и гангрены конечности. Международные эпидемиологические исследования свидетельствуют о частоте диабетических язв, составляющей 41% среди больных СД. Ампутации нижних конечностей у пациентов с СД, по данным ряда авторов, составляют от 50 до 70% от общего количества всех выполненных ампутаций. Распространенность язв стоп среди больных СД в развитых странах составляет приблизительно 4-10%, а ежегодный прирост составляет 2,2-5,9%. Каждый год 0,6-0,8% пациентов, страдающих СД, подвергаются ампутациям нижних конечностей на различных уровнях, в 85% случаев ампутаций им предшествуют трофические язвы.

Факторами риска развития СДС являются: периферическая диабетическая невропатия (ДПН), деформации стоп, с формированием зон высокого давления, периферический атеросклероз сосудов нижних конечностей и др.

Больные с невропатическими язвами, осложненными инфекциями, относятся к группе наиболее высокого риска ампутаций. Чаще всего в этих случаях встречаются ампутации ниже лодыжки (пальцев, на уровне стопы). При неадекватном ведении невропатической язвы может привести к ампутации выше лодыжки.

Основная задача диагностических мероприятий и обследования больного с поражениями нижних конечностей и сахарным диабетом состоит в определении клинической формы ДПН и СДС в максимально ранние сроки. Для этого необходимо провести общее клиническое исследование (жалобы, анамнез, осмотр стоп) и использовать инструментальные методы исследования (определение тактильной и вибрационной чувствительности, электронейромиографическое обследование, измерение систолического давления в артериях голени или пальцевой артерии с подсчетом лодыжечно-плечевого или пальце-плечевого индекса, рентгенография стоп).

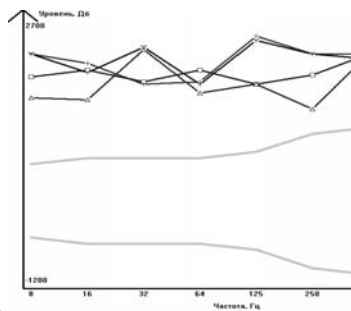
Материалы и методы. По мнению международных экспертов и результатов научных исследований, проведенных в Центре “Диабетическая стопа”, для спиннинга пациентов с ДПН, составляющих группу риска по диабетической стопе, рекомендованы следующие методы: исследование болевой чувствительности с помощью уколов тупой неврологической иглой на тыльной поверхности больших пальцев стоп; исследование вибрационной чувствительности с помощью камертона с частотой С128 Гц, тактильной чувствительности - с помощью монофиламента 10 г. Температурная чувствительность оценивается при помощи тип-терма (Thio-term; определяется сохранность дифференцировки теплого и холодного), температура кожи дистальных отделов нижних конечностей измеряется при помощи подошвенного термометра.

Рекомендованный центром метод оценки вибрационной чувствительности с помощью камертона имеет ряд серьезных недостатков: он позволяет определять вибрационную чувствительность пациента лишь на одной частоте, при этом не исключаются фактор субъективной оценки показателей врачом и погрешности в восприятии вибрации пациентом.

В настоящее время наиболее объективной методикой исследования вибрационной чувствительности является компьютерная паллестезиометрия. С использованием аппарата Вибротестер МБН (Москва, РФ) метод применяется с целью диагностики вибрационной болезни верхних конечностей в профпатологии и различных видов невропатий. У пациентов с СД метод позволяет исследовать нарушения вибрационной чувствительности на более ранних стадиях развития ДПН и СДС за счет переменных частот генерации вибраций. Метод удобен в использовании и исключает фактор утомления врача или пациента. Результатом обследования на аппарате Вибротестер МБН (Москва, РФ) является компьютерная виброграмма, которая отражает повышение порога вибрационной чувствительности у пациентов с неврологической патологией.



1.



2.

Рис. 1. – Метод измерения вибрационной чувствительности на аппарате вибротестер МБН (Москва, РФ).

Рис. 2. – Результат измерения вибрационной чувствительности на нижних конечностях, у больного с диабетической полинейропатией

По результатам всех обследований у пациента определяется высокий риск развития СДС, если при оценке тактильной чувствительности он не ощущает прикосновения монофиламента более чем в одной точке; либо не чувствует боли при уколе на тыльной поверхности большого пальца, либо вибрационная чувствительность по показаниям градуированного камертона ниже 3 баллов. Для получения более точного результата рекомендовано применение хотя бы двух методов одновременно. При использовании же метода компьютерной паллестезиометрии определяемые нарушения вибрационной чувствительности позволяют выявить начальные симптомы развития ДПН и предупредить риск формирования СДС на стадии, когда отсутствуют другие клинические признаки в виде нарушения болевой, тактильной и температурной чувствительности.



Рис. 3. – Исследование тактильной чувствительности при помощи 10 г монофиламента

Наше исследование проводилось на базе лаборатории нейрофизиологии кафедры медицинской генетики и клинической нейрофизиологии ИПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого в рамках внутривузовского гранта, в 2007-2008 гг. По результатам обследования больных сахарным диабетом заполнялась карта, куда вносились жалобы, данные анамнеза, данные общего, неврологического и нейрофизиологического обследования. Статистический анализ полученных данных проведен с использованием пакета прикладных команд Statistica v7.0 (Stat Soft, USA).

Результаты. Нами было обследовано 42 больных с сахарным диабетом 2 типа, находившихся на стационарном лечении в отделении эндокринологии МУЗ ГБ № 6 им. Н.С. Карповича г. Красноярска, в возрасте от 28 до 77 лет, из них мужчин – 24/42 (57%), женщин – 18/42 (43%), средний возраст $54,5 \pm 8,7$ [95% ДИ: 48-59] лет. Всем пациентам проводилось полимодальное исследование поверхностных и глубоких видов чувствительности.

По результатам полимодального исследования, ДПН нижних конечностей выявлена у 42 обследованных (100%), из них: вегето-сенсорная – у 31/42 (74%), сенсо-моторная – у 1/42 (2%), вегето-сенсо-моторная – у 10/42 (25%); симметричная – у 38/42 (90%), асимметричная – у 4/42 (10%) больных. В таблице 1 представлено распределение больных в зависимости от степени тяжести ДПН и стадии компенсации диабета.

Таблица 1

Распределение больных СД II типа в зависимости от степени тяжести и компенсации заболевания

Степень тяжести	Компенсация Абс. (%)	Субкомпенсация	Декомпенсация
Легкая	3 (8 %)	0	0
Средняя	25 (60 %)	5 (12 %)	0
Тяжелая	5 (12 %)	2 (5 %)	2 (5 %)

Выводы: Использование метода полимодальной оценки чувствительности с применением метода компьютерного вибротестирования на аппарате «Вибротестер–МБН» позволяет выявлять пациентов с СД, составляющих группу высокого риска развития СДС, и своевременно оказывать им превентивную мультидисциплинарную помощь. Это, в свою очередь, поможет отсрочить развитие СДС и предотвратить одно из наиболее тяжелых последствий заболевания - ампутацию конечности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аметов А.С., Галеев И.В., Козлова Н.А., Строков И.А. Клиника диабетической невропатии // РМЖ. Эндокринология, инфекция, кардиология. – 1998. – Т. 6, № 12. – С.12-18.
2. Анциферов М.Б., Галстян Г.Р., Миленская Т.М. и др. Осложнения сахарного диабета (клиника, диагностика, лечение, профилактика) - Москва, 1995. – С. 2-24.
3. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Кремская В.М. Новая классификация, критерии диагностики и показатели компенсации сахарного диабета // Терапевтический архив. – 2000. – № 10. – С.5-10
4. Гурьева И.В. Синдром диабетической стопы с точки зрения стандартов мультидисциплинарной помощи // Стандарты диагностики и лечения в гнойной хирургии. Материалы научно-практической конференции – Москва, 2001.
5. Дедов И.И., Анциферов А.Б., Галстян Г.Р., Токмакова А.Ю. Синдром диабетической стопы. Клиника, диагностика, лечение и профилактика // Москва, 1998. – С. 4-10.
6. Левин О.С. Полиневропатии: Клиническое руководство. – Москва, 2006. – 496с.
7. Прихожан В.М. Поражение нервной системы при сахарном диабете (основы нейродиабетологии) // Медицина. - Москва, 1981. – 296с.

УДК 612.73:576.32

ВЛИЯНИЕ ПЕРЕКИСИ ВОДОРОДА НА СОКРАТИТЕЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ ГЛАДКОМЫШЕЧНЫХ КЛЕТОК АОРТЫ КРЫСЫ

Демьяновская О. Ю., Смаглий Л. В., Желудева А. С., Еременко К. В.

*Сибирский государственный медицинский университет
Кафедра биофизики и функциональной диагностики*

Научные руководители: д.м.н., проф. Ковалев И.В., к.м.н. Гусакова С. В.

Активные формы кислорода (АФК) необходимы для осуществления многих физиологических процессов - фагоцитарной активности, циклооксигеназной и липооксигеназной реакций, метаболизма эйкозаноидов, а также они оказывают регулирующее влияние на тонус сосудистых гладкомышечных клеток (ГМК), повышение трансдукции сигнала от различных мембранных рецепторов, участвуют в окислительном стрессе, являющимся универсальным механизмом адаптации и повреждения клеточных систем. Большинство социально значимых заболеваний (сердечно-сосудистые заболевания, инфекционная патология, сахарный диабет и др.) характеризуются дисбалансом окислительного метаболизма клеток [3]. При этом развиваются нарушения редокс-зависимых регуляторных систем клеток. Известно, что основные эффекты влияния окислительного стресса на функциональные свойства клеток, в частности на сократительную активность мышечных клеток, связаны с увеличением концентрации АФК. Имеются данные о том, что в зависимости от концентрации АФК могут выполнять в клетке и регуляторную функцию. Так, АФК стимулируют накопление в клетке вторичных мессенджеров и, возможно, способны сами выполнять роль сигнальных молекул [2]. С другой стороны показано, что начальным этапом повреждения клеток, вызванных окислительным стрессом, является деполимеризация белков цитоскелета [1]. Все чаще появляются сведения о роли элементов цитоскелета в механизмах регуляции сократительной активности ГМК и, возможно, АФК имеют здесь свои эффекторные звенья. Тем не менее, роль АФК в регуляторном процессе сократительных свойств ГМК остается мало изученным.

Таким образом, целью работы явилось изучение влияния АФК на цитоскелет-зависимую регуляцию сократительной активности ГМК.

Объект исследования: гладкомышечные сегменты грудного отдела аорты крысы. Амплитуду сократительных ответов ГМК рассчитывали в процентах от амплитуды гиперкалиевого (эквивалентное замещение 30 мМ NaCl на KCl) сокращения. Состояние цитоскелета модулировали с помощью колхицина.

Перекись водорода (500 мкМ) вызывала дополнительное увеличение механического напряжения (МН) сегментов, предсокращенных гиперкалиевым раствором, на $25,2 \pm 3,8\%$ ($n=5$, $p<0,05$), соответственно, от контрольных значений.

Предобработка сосудистых ГМК в течение 90-минут дезинтегратором цитоскелета колхицином (10 мкМ) снижала амплитуду гиперкалиевого сокращения, которое составило $82,9 \pm 12,7\%$ ($n=9$, $p<0,05$) по сравнению с контролем. В этих условиях перекись водорода продолжала увеличивать МН гладкомышечных сегментов, которое составило $25,6 \pm 5,1\%$ ($n=8$, $p<0,05$) по сравнению с контролем.

Амплитуда сокращений в ответ на добавление 10 мкМ фенилэфрина в раствор Кребса была сравнима с действием 30 мМ КС1. Перекись водорода достоверно ($51,7 \pm 2,9\%$; $n=7$, $p<0,05$) уменьшала МН таких сегментов.

Предобработка сосудистых сегментов колхицином (10 мкМ, 90 минут) приводила к достоверному снижению амплитуды фенилэфрин-индуцированного сокращения, которое составило $87,7 \pm 10,3\%$ ($n=6$, $p<0,05$). В этих условиях добавление перекиси водорода вызывала дополнительное снижение амплитуды МН, которое составило $16,5 \pm 4,1\%$, $n=7$, $p<0,05$ от контрольных значений.

Таким образом, состояние цитоскелета обуславливает влияние перекиси водорода на фенилэфрин-индуцированное, но не оказывает статистически значимого влияния на гиперкалиевое сокращение.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ, контракты № 07-04-01184 и № 09-04-99026.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ardanaz, N. Hydrogen peroxide as a paracrine vascular mediator: regulation and signaling leading to dysfunction / N. Ardanaz, G. Pagano // Experiment Biology and Medicine. – 2006. – Vol. 231 – P. 237–251
2. Herrera, A. M. Influence of calcium on myosin thick filament formation in intact airway smooth muscle / A. M. Herrera, K. H. Kuo, C. Y. Seow // Am. J. Physiol. Cell Physiol. – 2002. – № 282. – P. C310–C316.
3. Valen, G. Hydrogen peroxide induces endothelial cell atypia and cytoskeleton depolymerization / G. Valen, A. Sonden, J. Vaage. // Free Radical Biology and Medicine. – 1999. – V. 26. – N. 11. – P. 1480 – 1488.

УДК 616-006.53-06-084

ПРОФИЛАКТИКА ПОСТПАПИЛОТОМИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Денисова А. Б., Шурко К. С., Аксютенко А. Н., Харикян Ж. А.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра хирургических болезней № 1

Научный руководитель: д.м.н., проф. Белобородов В. А.

В настоящее время эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) является формой высококвалифицированной и специализированной медицинской помощи, однако, развитие технологии выполнения данного вмешательства позволяет более широко использовать его в хирургической практике [4]. Тяжелыми осложнениями эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) являются послеоперационный острый панкреатит и острое кровотечение [1, 3]. Высокая резистентность данных осложнений к проводимому лечению, являющаяся следствием анатомической труднодоступности панкреатодуоденальной области, ограниченности операционного пространства стенками двенадцатиперстной кишки и невозможностью адекватно эвакуировать кровь и фиксировать источник кровотечения при его развитии, а также высокая стоимость лечения диктует необходимость определения и исследования факторов риска данных осложнений [2, 4].

Клинические исследования проведены на базе регионального гепатологического центра ГКБ № 6 им. Н.С. Карповича. Обследовано 1766 больных с патологией желчных протоков, поджелудочной железы и большого дуоденального сосочка (БДС), которым с лечебной и диагностической целью проводилась ЭПСТ. Из них у 1466 пациентов были выявлены факторы риска развития постпапиллотомических осложнений, а 300 пациентам проводилась профилактика этих осложнений. При статистической обработке полученных данных использовали методы общепринятые вариационной статистики с оценкой сравнительных параметров по показателю χ^2 .

Цель исследования: выявить факторы риска постпапилломатозных осложнений и разработать мероприятия их профилактики.

Задачами исследования явились: 1) на основании ретроспективного клинического анализа определить основные факторы риска ППО; 2) определить значение каждого фактора в генезе ППО; 3) наметить пути профилактики развития ППО.

У обследованных больных была выявлена разная патология гепатопанкреатобилиарной зоны: 1) стеноз БДС (694); 2) холедохолитиаз (316); 3) «высокий» стеноз гепатикохоледоха (106); 4) объемное образование головки поджелудочной железы (176); 5) синдром «слепого мешка» после холедоходуоденостомии (38); 6) стеноз холедоходуоденоанастомоза (30); 7) диффузные поражения печени при использовании ЭПСТ с диагностической целью (106).

Для выявления факторов риска типичных постпапиллотомических осложнений больные были разделены на 3 группы: 1) пациенты с острым постпапиллотомическим панкреатитом (ОПП) (176); 2) пациенты с острым постпапиллотомическим кровотечением (ОПК) (192); 3) контрольная группа пациентов (345 - для исследования причин ОПП; 354 - для исследования факторов риска ОПК). У всех больных контрольной группы после ЭПСТ осложнений не было.

У 170 больных (первая группа) оценивали эффективность профилактических мероприятий ОПП. Во 2-ой группе (170) больных целенаправленную профилактику ОПП не проводили.

Для предупреждения ОПК применяли инфльтрацию основания БДС раствором норадреналина. Для профилактики ОПП использовали демлинговский папиллотом в собственной модификации. Суть модификации заключается в изоляции дистальной части тетивы-электрода папиллотомом гибким диэлектриком (фторопластом) с целью создания препятствия контакту тетивы-электрода с интрапанкреатическим отделом общего желчного протока, не подлежащем рассечению, и диатермотравмы через ткань последнего поджелудочной железы.

С целью профилактики стимулирующего влияния желудочной секреции на экзокринную функцию поджелудочной железы использовали инфузионное введение кваматела в дозе 40 мг двукратно или омепразол в дозе 40 мг в первые сутки. Как правило, введение вышеуказанных препаратов начинали через 1-2 часа после окончания ЭПСТ. Для предупреждения

ОПК применяли инфильтрацию основания БДС раствором норадреналина. Инфильтрацию основания БДС проводили непосредственно перед ЭПСТ, при этом в отношении количества вводимого препарата ориентировались на размеры БДС и уровень артериального давления. Критерием адекватности ангиоспазма служило побледнение БДС.

Факторы риска развития острого постпапиллотомического панкреатита. Проведенный статистический анализ позволил установить факторы риска развития ОПП, которые мы разделили на общие и местные. Исследования показали, что общими факторами риска развития ОПП являются: эрозивно-язвенные поражения ДПК и другие проявления язвенной болезни (присутствие постульцерозных рубцов на слизистой оболочке желудка и ДПК, деформация ДПК), отсутствие макрохолелитиаза в сочетании с незначительной (диаметр холедоха = 0,8-1,0 см.) холангиоэктазией, незначительная гипербилрубинемия в сочетании с увеличенными размерами головки поджелудочной железы (ПЖ).

Результаты исследования показали, что рассечение устья главного панкреатического протока (ГПП) демлинговским папиллотомом, многократная ошибочная канюляция ГПП, ЭПСТ при близко расположенных устьях общего желчного протока (ОЖП) и ГПП, неадекватная ЭПСТ, выраженные склеротические явления в области устья ГПП являются самостоятельными факторами риска развития ОПП.

Также, при статистическом анализе выявлено, что деформация и плотнодеревянистая консистенция БДС, присутствие парафателлярного дивертикула сами по себе факторами риска не являются, если не приводят к вышеперечисленным техническим факторам риска (томия устья ГПП, многократная канюляция ГПП, близко расположенные устья ГПП и ОЖП), некоторые факторы, по сути, являются техническими погрешностями при производстве ЭПСТ (томия ГПП демлинговским папиллотомом, многократная канюляция ГПП).

Как показали результаты проведенных исследований взаимосвязи между формой, размерами и локализацией устья ОЖП в ампуле БДС нет. Также, не прослеживается связи между локализацией устья ОЖП в ампуле БДС и частотой ОПП. Однако, при сопоставлении формы и размеров БДС с локализацией устья ОЖП в ампуле БДС определяется взаимосвязь между инфильтрированной формой БДС и нетипичным расположением устья ОЖП в ампуле БДС, что, и не имея прямого отношения к вероятности возникновения ОПП, является важным фактором для интраоперационных затрат времени по поиску устья ОЖП.

Атипичное расположение устья ОЖП не является анатомическим фактором риска развития ОПП, но является технической сложностью при проведении ЭПСТ, так как создает препятствия селективной канюляции ОЖП и способствует ошибочному введению демлинговского папиллотома в ГПП.

Факторами риска развития ОПК являются: повышение уровня билирубина выше 112 мкмоль/л, повышение АД выше 200 мм рт.ст., гипераминотрансфераземия при повышении ферментов более чем в 2,5 раза, длительные сопутствующие гнойные заболевания, длительная механическая желтуха (более 12 суток), злокачественное поражение БДС.

При исследовании пациентов с общими факторами риска развития ОПК и нормальными показателями свертываемости обнаружилось незначительное отклонение в частоте развития ОПК по сравнению с предыдущими группами пациентов.

Очевидно, что гемостатический эффект при диатермонекрозе определяется его глубиной, что в свою очередь зависит от количества выделяемой тепловой энергии на единицу площади и временем контакта электрода с биологическими тканями. На основании вышесказанного можно заключить, что определяющими факторами являются время диатермокоагуляции, режим коагуляции, толщина струны-электрода.

Для определения значения времени диатермокоагуляции, силы электрического тока и толщины струны-электрода был проведен статистический анализ взаимосвязи развития ОПК и применения различных по времени диатермокоагуляции способов ЭПСТ, силы электрического тока и толщины струны-электрода (использовалась нихромовая нить диаметром 0,03 см. и 0,06 см). Таким образом, на основании полученных данных можно сделать вывод, что одномоментная ЭПСТ, повышенная сила электрического тока и тонкая титановая струна-электрод являются факторами риска развития ОПК.

Аналогичные данные были получены и при исследовании проблемы возникновения ОПК при препаровке БДС торцевым папиллотомом. Исследования показали, что факторами риска ОПК при препаровке БДС торцевым папиллотомом являются: режим «резание» (рекомендуется использовать режим «коагуляция»), тонкий электрод (менее 0,3мм) с незначительной площадью его торца (менее 0,07 мм²), длительная экспозиция электрического тока (длительной считали экспозицию более 3 сек.). С целью повышения качества диагностики злокачественных поражений БДС (злокачественные новообразования БДС и ПЖ), являющихся фактором риска развития ОПК был разработан и внедрен в практическое применение метод аспирационной биопсии желчных и панкреатических протоков.

При этом определено, что дуоденоскопия с аспирационной биопсией является ценным методом диагностики, чувствительность и специфичность которого составляет соответственно 73,5% и 58,7% при низком уровне осложнений и может применяться как самостоятельно, так и в сочетании с РХПГ (таб. № 6). Качество диагностической информации, получаемой при исследовании аспирируемого материала может быть повышено использованием при РХПГ билиарного лаважа, ультразвукового контроля положения катетера. Недостатком метода аспирационной биопсии является невозможность исследования цитоархитектоники в полученном материале.

Выводы

1. А) факторами риска развития ОПП являются: язвенная болезнь ДПК; холангиоэктазия без холелитиаза; незначительная (до 70 мкмоль/л) гипербилирубинемия на фоне хронического воспалительного процесса в поджелудочной железе. Б) факторами риска развития ОПК являются: длительная гипербилирубинемия (не менее 12 суток); повышение активности печеночных ферментов (АЛТ, АСТ); злокачественное поражение БДС; артериальная гипертензия (более 200 мм.рт.ст).
2. Предложенная нами электроизоляция дистальной части титанового электрода папиллотома в комплексе с сигнальным эндопротезированием вирсунгова протока, медикаментозным снижением желудочной кислотности позволяют снизить травматичность методики, частоту ППО, развития острого постпапиллотомического панкреатита до 1,74%, частоту панкреонекрозов до 0,58%, а летальность до 0,51%.
3. Аспирационная биопсия желчных и панкреатических протоков с целью ранней диагностики злокачественных поражений БДС, медикаментозная регуляция артериального давления до нормотонии, местная инфильтрация сосудосуживающих препаратов (норадреналин) в основание БДС, многоэтапность проведения ЭПСТ позволяют предупредить развитие и снизить частоту острых постпапиллотомических кровотечений

с 13,1% до 3,49%, частоту тяжелых форм с 2,1% до 0,51%. 4. Динамическая дуоденоскопия через 3-5 часов после проведения ЭПСТ, динамическое исследование сывороточной амилазы через 2,5 часа после проведения ЭПСТ позволяют своевременно диагностировать возникновение специфических постпапиллотомических осложнений на доклиническом этапе и снизить частоту ОПП и ОПК с 3,9% до 1,28%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Балалыкин А.С. Современные принципы диагностики и лечения «постхолецистэктомического синдрома» / А.С. Балалыкин, В.Д. Балалыкин // Современная эндоскопическая техника – уникальные возможности в постановке достоверно диагноза и эффективного лечения: Матер. VIII Российско-Японского симпозиума. – М., 2005. – С. 6.
2. Балалыкин А.С., Балалыкин В.Д., Муцуров Х.С. и др. Внутривисцеральная эндохирургия опухолей панкреатобилиарной зоны // Современная эндоскопическая техника – уникальные возможности в постановке достоверно диагноза и эффективного лечения: Матер. VIII Российско-Японского симпозиума. – М., 2005. – С. 10.
3. Оноприев А.В., Габриэль С.А. Метод «послойной» эндоскопической папиллосфинктеротомии в лечении больных с холедохолитиазом // Эндоскопическая хирургия. – 2006. – №1. – С. 32.
4. Ревакин В.И., Прокушев В.С., Магомедов М.С. Методы, повышающие диагностическую эффективность стандартной ЭРХПГ // Эндоскопическая хирургия. – 2006. – №2 – С. 108.

УДК 614.253.2:378.661:658.52.011.56

ВНЕДРЕНИЕ В УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС КРАСГМУ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОБУЧЕНИЯ В ЦЕЛЯХ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ

Денисова Н. И., Ковалева Г. В.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра управления, экономики здравоохранения и фармации ИПО

Научный руководитель: д.м.н., проф. Артюхов И. П.

Связанные с развитием рыночных отношений глубокие преобразования во всех сферах жизни нашего общества непосредственно затронули и сферу высшего профессионального образования. Возникли негосударственные учебные заведения. Государственные же ВУЗы страны, ориентированные ранее только на бюджетное финансирование и централизованный госзаказ на специалистов, вынуждены теперь сами зарабатывать дополнительные средства и вести свою деятельность с учетом рыночных законов спроса и предложения и межвузовской конкуренции на региональных рынках труда и образовательных услуг.

Образовательная услуга – целый комплекс действий воспитательного и обучающего характера в учебной, научно-исследовательской, организационной и воспитательной областях, направленный на удовлетворение потребностей индивида, в результате осуществления которого происходит совершенствование имеющихся и приобретенных навыков.[5; 21]

Любое учебное заведение, в том числе вуз, предоставляет обществу образовательные услуги в виде образовательных программ, комплекса образовательных услуг. В зависимости от своих возможностей и потребностей клиентов вузы предлагают различный ассортимент таких программ, которые можно классифицировать по ряду признаков. По форме обучения образовательные программы делят на очные, вечерние, заочные, дистанционные, экстернат и т.д.

Стремление российских вузов выйти на международные рынки образовательных услуг, а также попытки выстроить отношения с внутренними работодателями, как с заказчиками и потребителями этих услуг, ведут к необходимости повышения качества образовательных услуг соответствующих нормативным требованиям мировых стандартов.

Опыт университетов, применяющих современные информационные технологии, свидетельствует об интенсификации процесса обучения за счет активизации познавательной активности обучаемых при помощи уникальных возможностей программно-технических средств обучения.

Поэтому необходимо повышение качества обучения посредством внедрения в учебный процесс современных технологий, позволяющих организовать самостоятельную поисковую деятельность студентов, контролируруемую и направляемую преподавателями.

Целью данного исследования является рассмотрение преимуществ внедрения дистанционных технологий в учебный процесс как факторов повышения качества обучения.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Красноярского государственного медицинского университета. Сравнительный анализ эффективности традиционного заочного обучения и заочного обучения с применением дистанционных технологий обучения проводился в рамках курсов «Экономика здравоохранения» и «Основы экономических знаний».

Результаты и обсуждение. На сегодняшний день в учебный процесс КрасГМУ успешно внедрены дистанционные курсы «Основы экономических знаний» и «Экономика здравоохранения». Студенты ВСО (заочное отделение), прошедшие обучение на этих курсах, даже окончив университет, сохраняют возможность обращаться к материалам курса. В свою очередь преподаватели курса, ежедневно отслеживая обращения и вопросы студентов, проводят консультирование.

Этот факультет был выбран не случайно: студенты длительное время (в межсессионные периоды) находятся вдали от вуза, не имея возможности напрямую связаться с преподавателем в случае возникновения затруднений при изучении учебных материалов или выполнении контрольных работ. А, кроме того, наши студенты и выпускники не всегда могут вовремя ознакомиться с изменениями в нормативной, правовой и экономической базах законодательства РФ, а, следовательно, и в учебных материалах. Чтобы устранить этот недостаток заочного обучения (при сохранении всех преимуществ), разработана не только принципиально новая методическая система, но и новые технологии коммуникации. [1; 54]

Но любая новая форма обучения требует больших интеллектуальных и финансовых затрат и дистанционные технологии не исключение. Логично, что возникает вопрос: «А нужно ли нести эти затраты? Оправданы ли они? Что мы выиграем, внедряя эти технологии обучения в учебный процесс?».

Принципиальное отличие современных дистанционных форм обучения, имеющих возможность реализовываться с помощью информационных и коммуникационных технологий, заключается в их интерактивности. Интерактивность в данном случае понимается авторами статьи как возможность взаимного диалога преподавателя и студента на всем протяжении

изучения дисциплины. Термин «дистанционное обучение» в данном случае обозначает только то, что участники процесса обучения разделены пространственными рамками, но не временными. И у педагогического работника, и у обучающегося дистанционно есть постоянная возможность находиться в диалоге (причем, как в учебном, так и межличностном). [4;38]

Студент получает больше возможностей самостоятельно регулировать и распределять учебную нагрузку и график работы, а преподаватель может осуществлять не только контроль, но и мотивировать студента. И, как следствие, у обучающегося создается ощущение постоянного присутствия преподавателя, а известный психологический эффект «брошенности» в межсессионный период остается в прошлом.

Остановимся на дидактических приемах, которые позволяют нам создавать эффект постоянного взаимодействия в процессе обучения. Прежде всего, это сам контент, т.е. комплект учебно-методических материалов, структурированный особым образом и включающий в себя интерактивные компоненты. Использование гиперссылок приводит к нелинейной структуре курса, к возможности перемещаться обучаемому по своей собственной стратегии обучения по всему тексту курса.

Дистанционные технологии при организации учебного процесса предполагают прежде всего использование личностно-ориентированного подхода, что тоже немаловажно, т.к. студенты факультета ВСО в большинстве взрослые люди, уже сформировавшиеся личности, имеющие немалый опыт работы в лечебных учреждениях. Поэтому дистанционные технологии в данном случае базируются на основных принципах андрогогики, что ведет к существенному изменению парадигмы процесса обучения: вместо привычной схемы «преподаватель – студент», принципиально иная: «студент - электронный учебно-методический комплекс – преподаватель». Такое смещение акцентов стимулирует учебно-познавательную деятельность студента, а учебный материал, выстроенный на проблемной основе и связанный с реальными жизненными ситуациями, создает дополнительную мотивацию к качественному изучению учебного материала по дисциплинам, преподаваемым дистанционно. [1; 54]

Особое внимание следует обратить на подсистему контроля знаний, являющуюся неотъемлемой частью как уже функционирующих курсов, так и разрабатываемых. На сегодняшний день широко применяется система автоматического тестирования. Причем, со слов самих студентов, тесты для самоконтроля они используют не только для проверки своих знаний, но и в качестве своеобразных тренажеров. Контроль ведется не только за усвоением знаний, но и за умением применять полученные знания на практике, в различных проблемных ситуациях. Для этого в курсы включены многообразные творческие задания и контрольные работы. Это повышает познавательную активность и позволяет удерживать внимание обучающегося на протяжении всего курса, что существенно влияет на качество образования.

Реализуемая при помощи дидактических приемов интерактивность дистанционных технологий обучения позволяет организовать продуктивное взаимодействие преподавателя и студентов в межсессионное время, что, в свою очередь, существенно повышает качество усвоения учебного материала.

С появлением платных медицинских услуг и в связи с тем, что в медицинских учреждениях востребованы не только практические врачи, но и административные кадры (на сегодняшний день административно-управленческие кадры в ЛПУ в среднем составляют 22-25% от общего количества персонала), у специалистов, выпускаемых из стен вуза, возникает проблема недостаточности знаний, полученных в результате базового профессионального образования.

При получении базового медицинского образования на долю административно-управленческих, экономических и правоведческих дисциплин в процентном соотношении к общему количеству часов по учебному плану приходится 0,4-4,2 %:

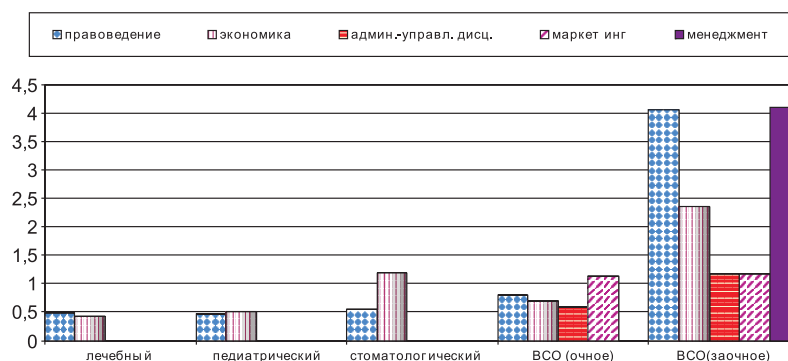


Рис. – Процентное соотношение административно-управленческих дисциплин от общего количества часов по учебному плану

Таким образом, будущие специалисты административного звена ЛПУ недополучают в процессе обучения в вузе знаний о типологических моделях управленческого процесса, характере управленческих отношений, стилях руководства; им не хватает теоретической и практической подготовки в области таких наук, как экономика здравоохранения, правоведение, маркетинг и т.п.

Возникает вопрос о несоответствии квалификационной характеристики с грифом «высшее профессиональное образование» для 25% выпускников, т.к., по сути, они получают общее высшее образование, а не специальное, следовательно, не могут являться компетентными специалистами административно-управленческого звена медицинских учреждений.

Успешное решение проблемы, на наш взгляд, заключается в создании дистанционных образовательных программ для получения дополнительных квалификаций студентами параллельно с освоением основных образовательных программ высшего профессионального образования. Реализация этих программ, на наш взгляд, позволит обеспечить формирование квалифицированного кадрового потенциала в условиях динамического развития экономики. Получение дополнительной квалификации в рамках высшего профессионального образования не попадает под термин «второе высшее», следовательно, может осуществляться как на бюджетной, так и на коммерческой основе.

Кроме того, по нашему мнению, наиболее эффективной формой повышения квалификации по административно-управленческим и экономическим дисциплинам для специалистов, уже получивших базовое высшее образование, является внедрение дистанционного обучения. Такая форма повышения квалификации наиболее оптимальна для административного персонала, работающего в отдаленных районах, т.к. не требует длительного отрыва от производства.

Именно поэтому на сегодняшний день в КрасГМУ разрабатывается дистанционный курс, который будет являться составляющей частью цикла повышения квалификации врачей «Организация здравоохранения и общественное здоровье», рассчитанный как раз на специалистов административно-управленческого звена медицинских учреждений. Из общего количества часов в цикле (504 ч.) на дистанционные технологии приходится 144 ч., что позволяет сократить сроки пребывания курсантов в стенах академии на 28%, а так же сократить командировочные расходы.

В 2004 году Россия подписала Болонскую декларацию. Таким образом, качество образовательного процесса в нашей стране за 6 лет должно прийти в соответствие с европейскими стандартами. В зарубежном понимании стандарт - это рекомендации рынка, а качество, в том числе и образования, - удовлетворение потребителя.

Реализуемая при помощи дидактических приемов интерактивность внедренных в учебный процесс КрасГМУ дистанционных курсов позволяет существенно повысить степень усвоения учебного материала, а, соответственно, и качество предоставляемых университетом платных образовательных услуг.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Новые парадигмы высшего медицинского образования: дистанционные технологии обучения / И. П. Артюхов, Г. В. Ковалева, Д. А. Россиев, Ю. С. Пац // Сибирское медицинское обозрение: ежеквартальный медицинский журнал. – 2005. – N 4. – С. 54.
2. Овсянников В.И., Дистанционное образование в России и за рубежом: информационно-аналитический аспект. - М.: РИЦ «Альфа» МГОПУ им. М.А. Шолохова, 2001. - с.226
3. Овсянников В.И. Дистанционное образование в России: постановка проблемы и опыт организации. - М.: РИЦ «Альфа» МГОПУ им. М.А. Шолохова, 2001. – с.185
4. Троян Г.М., Универсальные информационные и телекоммуникационные технологии в дистанционном образовании. Учебное пособие для системы повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов. - М.: РИЦ «Альфа» МГОПУ им. М.А. Шолохова, 2002. – с.153
5. Терещенко Н.Н., Исследование рынка образовательных услуг высшей школы: монография. – КГУ; Красноярск, 2005. – 267с

УДК 616.346.-002-07

ТРУДНОСТИ И ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Денисова А. Б., Аксютенко А. Н., Шурко К. С., Низовцева А. А.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра хирургических болезней № 1

Научные руководители: д.м.н., проф. Белобородов В. А., к.м.н., асс. Белобородов А. А.

Острая боль в животе – самая частая жалоба при хирургических заболеваниях органов брюшной полости [2]. Состояние, обозначаемое термином “острый живот”, нередко служит показанием к хирургическому вмешательству до постановки окончательного диагноза. Промедление с началом операции может стать причиной смерти; в то же время для дифференциальной диагностики и выбора тактики лечения требуются подробный анамнез и тщательное физикальное исследование. Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости наиболее часто встречается острый аппендицит – в 76,2-89,1% случаев [1, 3]. Заболеваемость острым аппендицитом составляет 4-5 случаев на 1000 человек в год [1]. Острый аппендицит – является наиболее частой причиной развития перитонита.

Целью нашего исследования явилось: проанализировать частоту, структуру ошибок и осложнений при осложненном остром аппендиците, изучить предпосылочные причинные факторы диагностических и тактико-технических ошибок до и после операции при остром аппендиците, а также определить их значимость.

Задачи исследования:

1. повышение эффективности диагностических и хирургических решений у больных с осложненным острым аппендицитом;
2. организационная, тактическая и техническая профилактика ошибок и осложнений при остром аппендиците;
3. изучение структуры заболеваемости, характера удельного веса различных осложнений и ошибок при остром аппендиците.

Материалом исследования явились данные о 10124 больных острым аппендицитом доставлявшихся в ГКБ №6 г. Красноярска за период 1998-2008 гг. Исследование проводилось ретроспективно, по данным историй болезни, а также картам вызова «Скорой медицинской помощи».

Большинство больных с острым аппендицитом – 89,3%, доставляются в стационар бригадами «Скорой медицинской помощи». Участковыми хирургами поликлиник и терапевтами направляются в хирургический стационар 8,2% и 1,7% больных соответственно. 0,8% пациентов обращаются в стационар самостоятельно.

В результате анализа было установлено, что диагностические ошибки допущены на догоспитальном этапе участковыми терапевтами у 32,7% больных, фельдшерами станций скорой медицинской помощи – у 46,9%, хирургами поликлиник – у 3,3%, врачами станций (отделений) скорой медицинской помощи – у 8,7%. Таким образом, наиболее часто – почти у половины больных диагностические ошибки допускались фельдшерами станций скорой помощи. На наш взгляд этому способствовала не только кратковременность наблюдения за больным, но и слабая диагностическая тактика в бригадах скорой помощи. Между тем ошибки в распознавании острого аппендицита на догоспитальном этапе было бы неправильно сводить только к недостаточной подготовке в вопросах диагностики острой хирургической патологии медицинских работников. На догоспитальном этапе ограничены возможности диагностики любого заболевания, следует учесть и тот факт, что определяющими и направляющими действия врача, осматривающего больного в этих условиях, могут стать отдельные симптомы, схожие с симптомами инфекционных или внутренних заболеваний. Недостаточное внимание уделяется классическим симптомам. Так симптом Кохера–Волковича наблюдался по нашим данным у 52,8% больных, то есть более чем у половины всех больных.

Среди факторов, обуславливающих атипичное течение заболевания и приводящих к диагностической ошибке, особое место занимают такие симптомы, как многократная рвота – у 21,3%, жидкий стул – у 11,6% больных. Считаем возможным утверждать, что при правильной оценке жалоб и анамнеза заболевания диагностическая ошибка при остром

аппендиците у большинства больных может быть предотвращена. Этому существенно способствовало бы принятие положения, предписывающего всех, у кого подозреваются острые кишечные инфекции, считать условно больными острыми хирургическими заболеваниями, проводить соответствующее обследование и обязательно привлекать хирурга.

Среди других ошибочных диагнозов у пациентов с острым аппендицитом, доставленных в ГКБ №6 фигурировали: острая дизентерия – у 12,6% больных, острый гастрит – у 28,5%, грипп, ОРЗ, пневмония – у 25,3%. ОИМ, инфекционный гепатит, фолликулярная ангина и некоторые другие инфекционные и внутренние заболевания симулировали острый аппендицит у 11,9% больных. Таким образом, почти у 2/3 больных ошибочно подозревалась пищевая токсикоинфекция и гастриты, а у 1/4 больных – острые вирусные заболевания и воспаление легких.

5,7% пациентов с острым аппендицитом бригады «Скорой медицинской помощи» отказали в доставке в хирургический стационар. Эти больные были доставлены при повторных вызовах.

На основе проведенных исследований можно сделать следующие выводы:

1. В большинстве случаев (89,3%) больные с острым аппендицитом доставляются в хирургический стационар бригадами «Скорой медицинской помощи».
2. Наиболее слабым диагностическим звеном на догоспитальном этапе являются фельдшера станций «Скорой медицинской помощи» – процент диагностических ошибок составляет 46,9%.
3. Ошибки в постановке диагноза на догоспитальном этапе связаны с ограниченной возможностью диагностики острого аппендицита.
4. Все больные с болью в животе должны быть направлены в хирургический стационар для исключения острого аппендицита.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кригер А.Г. Острый аппендицит // М.:Медпрактика – М, 2002. – 376.
2. Конден Р., Найхус Л. Клиническая хирургия // М.: Практика, 1998. – 716 с
3. Петров С.В. Общая хирургия: Учебник для вузов / М.: Медицина, – 2004. – 768 с

УДК617.753.2:617.735

МИОПИЯ: ЗАВИСИМОСТЬ МЕЖДУ ИЗМЕНЕНИЯМИ НА ГЛАЗНОМ ДНЕ И СТЕПЕНЬЮ РЕФРАКЦИИ

Дерновая С. В.

*Омская государственная медицинская академия
Кафедра офтальмологии*

Научные руководители: к.м.н., асс. Матненко Т. Ю., к/о Авдеева Г. В.

Актуальность проблемы. Близорукость (миопия) - наиболее частый дефект зрения. По статистике около 20% населения Земли страдают миопией. Медико-социальная значимость проблемы увеличивается в связи с тем что, осложненная миопия развивается у лиц работоспособного возраста. В структуре инвалидности миопия стоит на 2-3 месте. Прогрессирование миопии может привести к серьезным необратимым изменениям в глазу и значительной потере зрения, которое под влиянием очков улучшается лишь в небольшой степени или не улучшается совсем. Часто наблюдается изменения в заднем отделе глаза, который подвергается растяжению, они прежде всего затрагивают область диска зрительного нерва.

На глазном дне при миопии наиболее часто могут возникать миопический конус, стафилома и пятна Фукса, а также может происходить перераспределение пигмента и возникать картина «паркетного» глазного дна. Однако исследований по поводу зависимости между степенью рефракции при миопии и изменениями на глазном дне проводилось мало, кроме того замечено что миопические конусы могут встречаться не только при высокой степени близорукости, но и при слабой степени миопии.

Введение. Хориоретинальные изменения при осложненной миопии могут происходить как по центральному, так и по периферическому типу.

Классификация хориоретинальных изменений при близорукости, протекающих по центральному типу

1 стадия: Начальные изменения у диска зрительного нерва в виде склерального кольца, образования конусов до ¼ диаметра диска, реже больших размеров, при нормальной офтальмоскопической картине желтого пятна в обычном и бескрасном свете.

2 стадия: Начальные нарушения пигментации глазного дна, изменения формы и окраски диска зрительного нерва, конусы разной величины, чаще до ½ диаметра диска, исчезновение ареолярных рефлексов. При бескрасной офтальмоскопии желтое пятно оранжево-желтого цвета, нормальной формы, без рефлексов.

3 стадия: Выраженные нарушения пигментации глазного дна, увеличение промежутков между сосудами хориоидеи, большие конусы-до 1 диаметра диска. В обычном свете макулярная область «паркетного» типа или темно-пигментирована. В бескрасном свете определяется деформированное желтое пятно со светло желтыми очагами или белыми вкраплениями на оранжево-желтом фоне.

4 стадия: Депигментация, конусы более 1 диаметра диска, истинная стафилома. Желтое пятно в обычном свете напоминает ткань, разведенную молью. Возможны атрофические очаги вне макулярной области. В бескрасном свете пятно обесцвечено, резко деформировано и резко деформировано напоминает светло-желтую кляксу.

5 стадия: Обширный конус более 1 диаметра диска, истинная стафилома. В макулярной области атрофический очаг, иногда сливающийся с конусом. При бескрасной офтальмоскопии желтая окраска отсутствует или определяется в виде отдельных очажков.

Классификация хориоретинальных изменений при близорукости, протекающих по периферическому типу.

Хориоретинальные изменения в области экватора:

1. Решетчатая дистрофия.
2. Патологическая гиперпигментация.
3. Разрывы сетчатки с клапанами и крышечками.

Хориоретинальные изменения в области зубчатой линии:

1. Кистовидная дистрофия.
 2. Ретиношизис.
 3. Хориоретинальная дистрофия.
- Смешанные формы.

Конус - одно из наиболее часто встречающихся клинических проявлений миопии. При офтальмоскопии он имеет вид серпа белого, желтовато-розового цвета, обычно примыкающего к височной половине диска зрительного нерва и резко отграниченного от прилегающей части глазного дна. Край конуса нередко в большей или меньшей степени пигментирован. Иногда вкрапления пигмента имеются и вблизи конуса. Описанные изменения могут располагаться вокруг диска зрительного нерва в виде кольца – кругового конуса. Височная его часть обычно шире носовой.

При патологоанатомическом исследовании изменения в области диска зрительного нерва при конусе будут следующие. Ствол зрительного нерва и склерохориоидальный канал, через который он проходит, имеют косое направление по отношению к стенке глазного яблока. Височный край физиологической экскавации пологий, носовой – крутой. У височного края диска между сетчаткой и склерой лежит петля слоя нервных волокон. Пигментного эпителия, сосудистой оболочки и стекловидной пластинки в том месте нет. Из-за этого просвечивает склера, образуя так называемый дистракционный серп на височной стороне. С носовой стороны, наоборот, пигментный эпителий, сосудистая оболочка и стекловидная пластинка надвинуты на ткань диска зрительного нерва, в результате чего создается картина слабовыраженного, супертракционного серпа. Вследствие этого диск кажется уменьшенным в горизонтальном направлении.

Стафилома – истинное выпячивание склеры в заднем отделе глаза встречается крайне редко. Край стафилемы представляет собой складку на глазном дне, преимущественно на височной половине. Переходя через нее ретинальные сосуды перегибаются. Граница стафилемы видна в виде резкой дугообразной линии, концентрически расположенной по отношению к диску зрительного нерва.

При миопии вследствие того, что глазное дно продолжает удлиняться происходит нарастание атрофии элементов сосудистой и сетчатой оболочек дегенеративные изменения становятся все более распространенными. Вначале появляются беловато желтые полосы, затем – округлые или неправильной формы белые очаги, часто с глыбками пигмента. Эти очаги сливаются и поражают значительную площадь глазного дна. Из-за депигментации и исчезновения слоя мелких и средних сосудов глазное дно становится неравномерно окрашенным или приобретает альбиотический вид с редкой сетью хориоидальных сосудов. В некоторых случаях преобладает усиление пигментации сосудистой оболочки. Скопление пигмента в межваскулярных пространствах в форме вытянутых пятен или треугольников могут создавать картину «паркетного» глазного дна.

Растяжение глазного яблока сопровождается повышенной ломкостью сосудов с повторными кровоизлияниями в сетчатку. После таких кровоизлияний в области желтого пятна может возникнуть большой пигментированный очаг, окруженный светлым ободком, - так называемое пятно Фукса.

Цель - изучение зависимости между степенью рефракции и изменениями на глазном дне.

Задачи исследования:

1. провести исследование глазного дна у группы пациентов с миопией
2. определить степень рефракции у группы пациентов с миопией
3. изучить с помощью анализа статистических данных зависимость между рефракцией и изменениями на глазном дне при миопии.

Материалы и методы:

1. Исследование группы пациентов с диагнозом миопия слабой, средней или высокой степени методами визометрия, скиаскопия, офтальмоскопия (было обследовано 18 человек (36 глаз) в возрасте 22-25 лет)
2. Методы статистической обработки информации с вычислением удельного веса среди обследованных у которых были изменения на глазном дне.

Полученные результаты: При миопии слабой степени миопический конус встречался у 33,3% обследованных, средней степени – у 62,5% обследованных, высокой степени - у 100%. Стафилем и пятном Фукса не было выявлено ни у одного пациента. Перераспределение пигмента на сетчатке наблюдалось у одного обследованного со слабой степенью миопии и у одного пациента со средней степенью миопии.

Выводы:

В результате проведенной работы мы выяснили что, чем выше рефракция, тем выше вероятность развития изменений на глазном дне. Есть мнение ряда авторов, что изменения на глазном дне возникают при высокой степени близорукости, однако в данной работе мы доказали, что изменения на глазном дне возникают не только при средней степени близорукости, но даже и при слабой степени миопии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аветисов Э.С. Близорукость/ Аветисов Э.С.-Москва: Медицина, 1986. -240стр.
2. Офтальмология: Учебник/под редакцией Е.А.Егорова – Москва: ГЭОТАР-Медицина, 2008. -240стр.
3. Миопия: причины, формы, прогрессирование, методы коррекции и лечения (Электронный ресурс)- режим доступа <http://www.glazmed.ru/lib/public31/contact0001.shtml>

**СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ОБ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ
У ДЕТЕЙ, НАХОДИВШИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ В КГБУЗ КРАСНОЯРСКАЯ
КРАЕВАЯ ДЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА**

Дидук О. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра нервных болезней*

Научный руководитель: к.м.н., асс. Вознюк Е. Г.

Научной основой для оценки эпидемиологической ситуации в регионах и эффективности работы по профилактике и лечению острых нарушений мозгового кровообращения является регистр инсульта, основанный на демографических показателях и территориальном принципе, позволяющий также оценить медицинские и социально-экономические последствия инсультов, определить состояние системы оказания помощи больным в данном регионе, рассчитать потребность в реабилитационных мероприятиях, выявить ведущие факторы риска в различных регионах и разработать пути их коррекции

Анализ доступных данных зарубежной медицинской литературы, которые отражают результаты локальных и мультицентровых эпидемиологических исследований, посвященных изучению заболеваемости первичным и повторным инсультам, а также данных смертности и летальности от инсульта у детей и подростков демонстрирует наибольшую заболеваемость инсультом у детей первого месяца жизни: 24,7 случая перинатального инсульта на 100 тыс. новорожденных. Заболеваемость детским инсультом в США составляет 7,8 случая на 100 тыс. популяции в год, что составляет 2-3 случая – от 1 месяца до 18 лет; во Франции около 13 случаев – у детей в возрасте от 1 месяца до 18 лет, заболеваемость детским геморрагическим инсультом (у детей в возрасте от 1 месяца до 18 лет) диагностируется от 1,5 до 5,1 на 100 тыс. детского населения в год (средняя заболеваемость – 2,9). Первое исследование заболеваемости ишемическим инсультом в детской популяции проведено в 1965-1974 гг. в Рочестере (США), его результат составил около 0,6 случая на 100 тыс. детского населения в год. В Швеции эпидемиологическое исследование (Eeg-Olofsson, 1970-1979) продемонстрировало общую заболеваемость инсультом в детской популяции до 14 лет, равную 2,1 случая на 100 тыс. населения в год; исследование Gicoud (1985-1993), проведенное во Франции, – более высокую заболеваемость инсультом: 7,9 – Эпидемиологию детского ИИ в Канаде изучал DeVeber (2000), он приводит данные: 2,1 случая на 100 тыс. детского населения в возрасте от 30 дней до 18 лет [1,2,5,8].

Эпидемиология геморрагического инсульта у детей основывается в основном на результатах отдельных локальных исследований или описаниях клинических случаев. Заболеваемость геморрагическим инсультом вариабельна, по данным разных авторов, она варьирует от 1,5 до 5,1 случая на 100 тыс. популяции детского населения в год. По данным госпитального регистра геморрагических инсультов, у детей в Калифорнии (США) число госпитализаций составляет от 1,5 до 6,4 случая на 100 тыс. популяции в год, что ниже таковой при ишемическом инсульте. Частота геморрагического инсульта преобладает у мальчиков (медиана – в возрасте 7-8 лет). Летальность детского инсульта варьирует, по данным разных авторов, от 7 до 28% [7]. Средний риск повторного инсульта у детей – около 20%, при этом у детей с одним идентифицированным фактором риска (фоновым заболеванием) средний риск повторного инсульта в пределах 8%, при сочетании двух факторов и более нарастает в геометрической прогрессии и составляет 42% детей, перенесших первичный инсульт [1,2].

Показатели смертности от сосудистых заболеваний головного мозга в России – одни из наиболее высоких в мире. В качестве синонимов зарубежные специалисты обычно употребляют термины «смертность от цереброваскулярных заболеваний» и «смертность от инсульта». [4,8,9].

Детский инсульт считается гетерогенным по этиопатогенезу и клиническому течению, поэтому усовершенствование знаний в области детского инсульта необходимо для оказания качественной лечебно-профилактической помощи.

Классификация острого нарушения мозгового кровообращения для взрослых и детей одинакова. Кроме этого у детей до 1 месяца диагностируется перинатальный инсульт, но в том случае, если заболевание возникло в сроке от 28 недели гестационного срока и 1 месяцем жизни. Причинами, которого являются гипоксические поражения головного мозга, либо натальная травма.

Этиология и факторы риска инсульта у детей и подростков отличаются от таковых у взрослых, в первую очередь, по их значимости [2,4,5]. Около 50% ишемических инсультов у детей обусловлено гипоплазией (аплазией) или окклюзией сосудов, кардиальной патологией, в том числе врожденными и приобретенными пороками сердца. Существуют данные в мировой литературе, что дети переболевшие ветрянкой, в 3 раза чаще предрасположены к инсульту, чем в среднем в детской популяции. Риск инсульта у мальчиков на 28% выше, чем у девочек [3,8,9]

Клинические проявления инсульта у детей в общем не отличаются от таковых у взрослых, однако диагностика его значительно затруднена, особенно у новорожденных и детей первых лет жизни, которые не способны четко идентифицировать или описать свои ощущения, и зачастую не находят достаточного понимания своих проблем у родителей и родственников. Диагностируется детский инсульт в большинстве случаев поздно или не устанавливается вовсе, клинические проявления заболевания объясняют иными причинами (переутомлением ребенка, нейроинфекцией неясной этиологии и т. д.) [4,6,7].

Целью нашего исследования явилось изучение статистических данных церебральной патологии в Красноярском крае. Следует отметить, что точных статистических данных о сосудистых заболеваниях нервной системы у детей в Красноярском крае нет.

Сбор информации осуществлялся путем анализа первичной медицинской документации – историй болезней детей проходивших лечение в КДБ с 2005 по 2008 года.

По данным исследования, выявлено 62 пациента в возрасте от 4 до 17 лет. Больные были госпитализированы по поводу впервые или повторно развившегося церебрального инсульта или транзиторной ишемической атаки за период с 2005-2008 года, и в эту группу не включались пациенты, госпитализированы повторно или многократно с целью лечения последствий инсульта. Средний возраст составил 13,54±3,08 лет.

Ишемический инсульт перенесли 5 детей из них 3 мальчика и 2 девочки, геморрагический был зарегистрирован у двоих мальчиков. Не дифференцированных инсультов было зарегистрировано 6 (4 мальчика и 2 девочки). Патология беременности была выявлена в одном случае (гестоз I половины). В двух случаях была выявлена причина инсульта - стеноз. Повторно было госпитализировано 4 ребенка с остаточными явлениями после перенесенного инсульта.

Оказание помощи в первые 6 часов отсутствовало у всех пациентов, врачи не насторожены в отношении данной патологии. В последующие 12 часов лечение не являлось патогенетическим.

В Красноярском крае в исследуемые годы был отмечен волнообразный характер заболеваемости транзиторными ишемическими атаками, среди заболевших детей, преобладают девочки. В2005г. – 11 (3 мальчика и 8 девочек), 2006г.-17 (6 мальчиков и 11 девочек), 2007г.-9 (1 мальчик и 8 девочек), 2008г.-12 (по 6 случаев у мальчиков и девочек). Сосудистые заболевания у близких родственников наблюдаются у пяти заболевших. Патология родов зарегистрирована в 5 случаев (4 затяжных родов и 1 стремительные роды). Повторно госпитализировано 8 детей.

За время исследования мною был прокуриван, больной с инсультом в остром периоде.

Мальчик, 4года 11 месяцев. Ребенок заболел остро 7.02.09 года на фоне полного здоровья, возникла общая слабость, нарушилась походка. В течение 2 дней нарастала симптоматика: шаткость походки, нарушения координации движений в правой руке. На 2 сутки вызвана скорая помощь ребенок был доставлен в инфекционный стационар, где проведена была спинномозговая пункция (ликвор светлый прозрачный, сахар 3,8 ммоль/л белок 0,03г/л, цитоз 1/3) Был осмотрен неврологом, выставлен предварительный диагноз Объемное образование головного мозга. Для дальнейшей диагностики и лечения был доставлен санавиацией в КДБ 10 .02 .09 года.

Неврологический статус при поступлении: Сознание нарушено по типу сопора, грубо нарушена походка – шаткость в обе стороны. Отсутствуют движения в правой руке за счет грубого нарушения координации. Ригидность затылочных мышц, симптом Кернинга под углом 70о с двух сторон, положительный симптом нижний Брудзинского. Чувствительность не нарушена.

Неврологический статус через 10 дней: Сознание сохранено, поведение адекватное. Патологическая шаткость походки в обе стороны, ходьба на широкой основе, речь замедленная, скандированная. Глазные щели D=S, движения глазных яблок в полном объеме. Зрение D=S, фотореакция - живые. Слабость конвергенции слева Язык по средней линии. Мягкое небо подвижно. Небный рефлекс сохранен акт глотания не нарушен Сухожильно – мышечные рефлексы равномерны.

ПНП выполняет с интенцией в правой руке, в позе Ромберга падает вправо.

При нейровизуализации (КТ головного мозга от 10.02.09 года) в левой затылочной доли и правом полушарии мозжечка отмечается неравномерной формы участок пониженной плотности с «масса эффектом». Заключение можно думать об Остром нарушении мозгового кровообращения по ишемическому типу.

При лабораторной диагностике было выявлено повышение содержание тромбоцитов (10.02.09г. 738 тыс/мкл, 16.02.09г. 679 тыс/мкл, 20.02.09г. 562 тыс/мкл); холестерин до 6,9ммоль/л; сиаловые кислоты 2,76.

На основании анамнеза, дополнительных методов диагностики, можно поставить диагноз: Острое нарушение мозгового кровообращения в бассейн задне - мозжечковой артерии с синдромом правосторонней атаксии. Острый период.

При проведении анализа историй болезней на базе Красноярской краевой детской больницы выявлена следующая закономерность: заболеваемость транзиторными ишемическими атаками выше у девочек, а инсультами у мальчиков.

Среди больных инсультами, что очень актуально, помощь не оказывалась в первые 6 часов дети находились дома, а в последующие 12 часов лечение было, но не патогенетическое (в основном дезинтоксикационная терапия).

Вследствие этого необходимо оптимизировать оказание скорой медицинской помощи и ведения, больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения.

Также следует уделить особое внимание нейровизуализации, которая, к сожалению не всегда доступна, но очень важна при постановке диагноза. Для исключения тяжелых последствий инсульта у детей (чаще возникают у детей, которым не оказывалась помощь в первые сутки заболевания), которые не всегда обратимы, её следует делать каждому ребенку с неврологической симптоматикой.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Зыков В.П., Черкасов В.Г., Степанищев И.Л. и др. Популяционное исследование церебрального инсульта у детей в Москве.// Альманах клинической медицины. Т.VIII. Ч.3,М., 2005, стр. 5-9
2. Зыков В.П., Комарова И.Б., Чучин М.Ю. и др. Диагностика ишемических инсультов у детей (обзор литературы анализ клинических случаев) //журнал неврологии и психиатрии им.Корсакова . Инсульт приложение к журналу, .-Москва,2008, .-№22,- 71-76
3. Евтушенко С.К. Евтушенко О.С., Москаленко М.А. и др. Инсульт у детей //журнал неврологии и психиатрии им.Корсакова . Инсульт приложение к журналу, .-Москва, 2008,.-№8,- 30-35
4. Abram H., Knepper L., Warty V., Painter M. Natural history, prognosis and lipid abnormalities of idiopathic ischemic childhood stroke // J Child Neurol. – 1996. – Vol. 11. – P. 276-282.
5. Fullerton H.J., Chetkovich D.M., Wu Y.W. et al. Deaths from stroke in US children, 1979 to 1998 // Neurology. – 2002. – Vol. 59. – P. 34-39
6. Johnson C.J., Kittner S.J., McCarter R.J. et al. Interrater reliability of an etiologic classification of ischemic stroke // Stroke. – 1995. – Vol. 26. – P. 46-51.
7. Adams R.J., McKie V.C., Hsu L. et al. Prevention of a first stroke by transfusions in children with sickle cell anemia and abnormal results on transcranial Doppler ultrasonography // N Engl J Med. – 1998. – Vol. 339. – P. 5-11
8. Kittner S.J., Adams R.J. Stroke in children and young adults // Curr Opin Neurol. – 1996. – Vol. 9. – P. 53-56
9. Launthier S., Carment L., David M. et al. Stroke in children: The coexistence of multiple risk factors predicts poor outcome // Neurology. – 2000. – Vol. 54. – P. 371-378

УДК 618.14 - 0006.3.6

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА ТЕЛА МАТКИ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

Дидук О. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра акушерства и гинекологии ИПО*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Пашов А. И.

Занимая первое место в структуре онкогинекологической заболеваемости среди злокачественных опухолей женских половых органов, рак тела матки (РТМ) и сегодня остается одной из самых актуальных проблем в онкогинекологии. За последнее десятилетие в России, как и в большинстве стран мира, отмечается отчетливая тенденция к росту заболеваемости

РТМ – с 14,3/100000 в 1991 г. до 19,7/100000 в 2004 г. [1,7,9,10]. В России по данным официальной статистики заболеваемость раком тела матки за последние 20 лет возросла в два раза при ежегодном увеличении на 8-10 %. Среди женщин репродуктивного возраста частота заболеваемости РТМ увеличилась с 7% до 14% [1,3,5,7].

В Красноярском крае за последние годы, также отмечен рост онкогинекологической заболеваемости и первое место занимает РТМ. Ежегодно в Красноярском крае регистрируется более 800 случаев злокачественных опухолей женских половых органов [2,4,6].

Целью исследования являлось изучение эпидемиологии РТМ в Красноярском крае за последние 15 лет.

Сбор информации осуществлялся путем анализа первичной медицинской документации: медицинской карты амбулаторного больного (форма № 025/у - 87), сведений о заболеваниях злокачественными новообразованиями (форма №7/у), сведений о больных злокачественными новообразованиями (форма № 35/у).

Статистическая обработка исследуемого материала включала обработку всей базы данных с частотным анализом полей с дискретными непрерывными значениями (N , $M \pm m$, δ , минимальные и максимальные значения, асимметрия и эксцесс, - где N - число наблюдений, M - среднее арифметическое, m - ошибка средней арифметической, δ - среднее квадратическое отклонение). Достоверность различий, полученных результатов оценивалась по t - критерию Стьюдента (для рядов с нормальным распределением) и дополнительно непараметрическими методами (по критерию Ван Дер Вардена) для рядов с распределением, отличным от нормального.

В последнее десятилетие на фоне ухудшения репродуктивного здоровья отмечается неуклонный рост злокачественных новообразований у женщин, как в России в целом, так и в ее регионах. Красноярский край относится к регионам с высокой онкогинекологической заболеваемостью (табл.1).

Таблица 1

**Онкогинекологическая заболеваемость в Красноярском крае за 2003-2007 гг.
(на 100000 женского населения)**

Нозология заболевания	Россия 2003	2003	2004	2005	2006	2007
Рак тела матки	13,5	15,9	19,0	19,1	20,3	19,5
Рак шейки	11,5	19,5	18,6	20,9	21,6	17,5
Рак яичников	10,3	13,1	14,9	14,8	16,0	16,1

В структуре онкогинекологической патологии в Красноярском крае РТМ занимает первое место (рис.1).

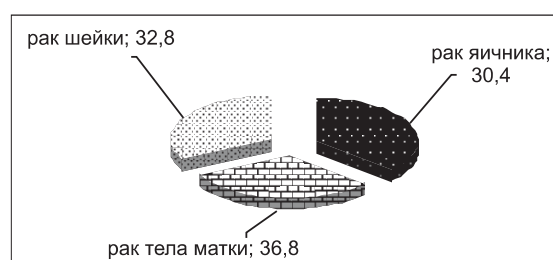


Рис. 1. – Частота РТМ среди злокачественных генитальных опухолей (%)

Показатели заболеваемости превышают среднероссийские для РТМ на 30,8%, для рака шейки матки (РШМ) – 34,3%, рака яичников (РЯ) – 36,1% (рис.2).

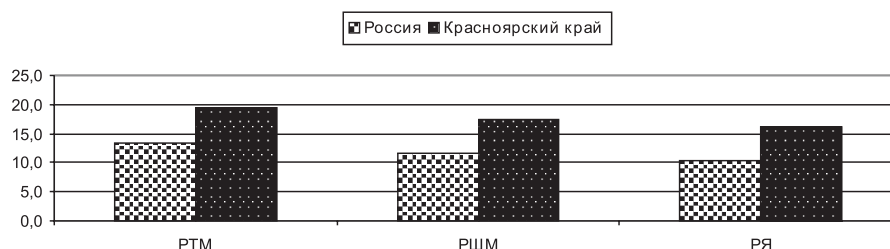


Рис. 2. – Стандартизованные показатели заболеваемости раком половых органов на 100 000 женского населения

За последние 15 лет в Красноярском крае отмечается устойчивая тенденция роста заболеваемости раком эндометрия, при этом если в 1993 году заболеваемость составляла 10,1 на 100 тыс., то в 2007 году этот показатель составил 19,5, с пиком заболеваемости в 2006 году – 20,3. Рост заболеваемости в среднем произошел на 52,1% (рис.2)



Рис. 2. – Стандартизованные показатели заболеваемости РТМ в Красноярском крае на 100 000 женского населения

При этом отмечается не только высокий уровень онкогинекологической патологии, но и число запущенных форм. Так, удельный вес запущенных стадий РШМ составлял 38,3%, РЯ – 22,1%, РТМ – 4,4% (III-IV стадии диагностируются в 14,5% наблюдений). Однако если учесть особенности классификации РТМ, то часть случаев, относящихся к I стадии (Ic стадия) и практически полностью II стадия являются запущенными, с неблагоприятным прогнозом вариантами болезни [1,4]. Учитывая эту категорию, удельный вес пациенток с запущенными вариантами РТМ объективно составляет 40-45%.

Наиболее неблагоприятная ситуация, как с частотой онкогинекологической патологии. Так и с удельным весом запущенных форм гинекологического рака отмечается в следующих городах и районах края: районах Шушенском, Березовском, Шарыповском, Ачинском, Назаровском, городах – Красноярске, Ачинске, Зеленогорске.

В наших исследованиях среди больных РТМ жительницы городов составляли подавляющее большинство – 77,1% по сравнению с жительницами сельской местности – 22,9%. При этом среди больных РТМ преобладали женщины, проживающие в городе Красноярске (49,5% от общего числа больных РТМ, 69,7% от числа городских жительниц) – крупным промышленном центре Восточной Сибири, городе со сложной экологической обстановке.

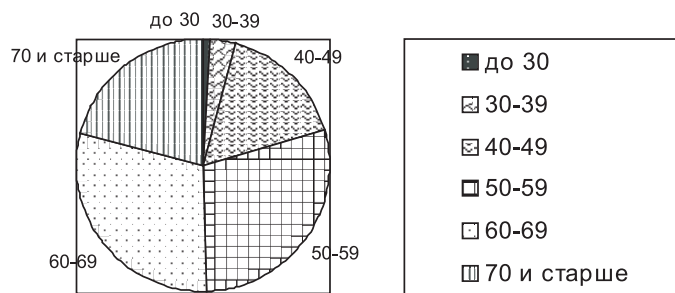


Рис. 3. – Возрастная структура заболеваемости РТМ в Красноярском крае за 15 лет

Среди больных РТМ преобладают женщины старше 50 лет (79,4%), 16,4% находится в перименопаузе и у 4,2% женщин диагностируется моложе 40 лет. Средний возраст пациенток составил $58,64 \pm 5,37$ года. (рис. 3). Иными словами, РТМ – это, прежде всего постменопаузальный рак.

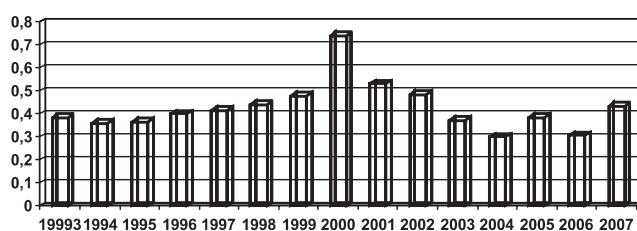


Рис. 4. – Прогностический индекс для РТМ за 15 лет

По мнению экспертов ВОЗ [1], отношение числа умерших к заболевшим является индикатором тяжести заболевания с мировым показателем для РТМ – 0,25. По нашим данным, это соотношение за 15 лет составляет 0,45, что говорит об относительно хорошем прогнозе (рис.4.). Преваленс (число живущих больных РТМ 5 лет и более) для Красноярского края составляет 1529.

Таким образом, в сложившейся ситуации успех борьбы со злокачественными новообразованиями женской половой сферы, в том числе и РТМ, определяется наличием и возможностью реализации научно обоснованной национальной противораковой программы, направленной на снижение заболеваемости, смертности и повышения продолжительности жизни больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бохман, Я.В. Руководство по онкогинекологии/ Я.В. Бохман. – СПб: Фолиант, 2002. – С. 309-381.
2. Виноградов, К.А. Здоровье матери и ребенка в Красноярском крае / К.А. Виноградов, А.И. Грицан, Г.А. Каневская и др. // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. – Красноярск, 2002. – С. 3-59.
3. Коломиец, Л.А. Клинико-морфо-биохимические аспекты гиперпластических процессов и рака эндометрия / Л.А. Коломиец, А.Л. Чернышова, Н.Г. Крицкая, Н.В. Бочкарева. – Томск: Изд-во НТЛ, 2003. – 116 с.

4. Озиева, Л.В. Оптимизация комплексной лечебно-диагностической помощи и профилактики рака тела матки на уровне регионального онкологического диспансера: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Красноярск, 2003. – 23с.
5. Табакман, Ю.Ю. Гиперпластические процессы эндометрия в постменопаузе / Ю.Ю. Табакман, Р.А. Саидова, А.Д. Макацария // *Мать и дитя: Матер. IV Рос. форума.* – М., 2002. – Ч.2. – С. 389-390.
6. Цхай, В.Б. Роль доплерометрии в дифференциальной диагностике патологических процессов эндометрия / В.Б. Цхай, А.И. Пашов, Ю.А. Дыхно и др. // *Сиб. мед. обозрение.* – 2002. – №4. – С. 18-25.
7. Чулкова, О.В. Органосохраняющее и функционально щадящее лечение начального рака эндометрия / О.В. Чулкова, Е.Г. Новиков, С.М. Пронин // *Опухоли женской репродуктивной системы.* – 2007. – №1-2. – С. 50-53.
8. Akhmedkhanov, A. Role of Exogenous and Endogenous Hormones in Endometrial Cancer: Review of the Evidence and Research Perspectives / A. Akhmedkhanov, A. Zeleniuch-Jacquotte, P. Toniolo // *Ann. N.Y. Acad. Sci.* – 2001. – V. 943. – P.296-315.
9. Barik, S. Screening for endometrial cancer in asymptomatic postmenopausal women with conventional and colour Doppler sonography / S. Barik, J. Tidy // *Br. J. Obstet. Gynaecol.* – 1999. – V.106, №11. – P. 1229-1230.
10. Bremond, A. Cancer of the endometrium / A. Bremond, A. Bataillard, L. Thomas et al. // *Br. J. Cancer.* – 2001. – V.84, Suppl. 2. – P.31-36.

УДК 616.514.4:616-053.31

МАСТОЦИТОЗ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

Дидук О. В., Давиденко Е. Ю.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра кожно-венерических болезней с курсом ПО

Научный руководитель: к.м.н., асс. Гасич Н. А.

Публикации, посвященные мастоцитозу или пигментной крапивнице у детей, встречаются не столь часто, а проблема является очень актуальной, ибо случаи заболевания у новорожденных и детей раннего детского возраста стали встречаться гораздо чаще. Термин «мастоцитоза», который применяется в настоящее время, предложил Sezargi в 1936 году. Гистологически в коже был выявлен инфильтрат, состоящий главным образом из тучных клеток – лаброцитов. Заболевание носит системный характер (1). Пролиферация лаброцитов встречается в различных органах и тканях. Кроме того, поражаются кожа, могут поражаться кости.

У 70% детей первые проявления болезни возникают в возрасте с 1 до 12 месяцев, могут болеть даже новорожденные (рождаются с высыпаниями пятен, папул, пузырей на коже, реже на слизистых) и взрослые (1). Этиология и патогенез мастоцитоза изучены недостаточно, но значимы генетические факторы и разные гипотезы: интоксикации из кишечника и печени, ангионеврозы.

В классификации мастоцитоза выделяют:

1. Кожный мастоцитоз – пигментная крапивница (пятнисто-папулезный мастоцитоз кожи), в виде:
 - а) изолированных поражений;
 - б) генерализованных высыпаний – множественных пятен, папул, узлов, стойкой эруптивной пятнистой телеангиэктазии, эритродермический или диффузный мастоцитоз
2. Системный мастоцитоз (кожно-висцеральный) – у детей грудного возраста встречается очень редко; его относят в группу ретикулезозов. Детей беспокоят кожный зуд, большое количество уртикарных пигментных высыпаний, головная боль, головокружение, увеличение печени и селезенки вплоть до цирроза, артралгии. Со стороны желудочно-кишечного тракта – тошнота, боли в животе, энтерит, рвота, диспепсические расстройства. Рентгенологические изменения в костях в виде ограниченного остеопороза и остеопороза. В костном мозге увеличивается число тучных клеток. Отмечается полилимфоцитария, анемия, ускоряется СОЭ, повышен уровень гистамина в плазме и моче. При очень злокачественных формах мастоцитоза развивается миелоидная лейкемия и амилоидоз, что приводит к летальному исходу (1).

Детям первых двух лет жизни характерен узловатый мастоцитоз, клинически встречающийся в виде ксантелазмоидной, многоузловой и узловато-сливной форм (2,3). У детей и взрослых встречается мастоцитоз диффузный, при котором происходит слияние папул и узлов с образованием значительных участков диффузной инфильтрации, сплошь покрывающих туловище ребенка, что придает коже вид «стеганого одеяла». При малейшем термическом или механическом раздражении кожи ухудшается общее состояние ребенка, усиливается зуд, покраснение, отек кожи, появляется беспокойство, раздражительность, плаксивость, тахикардия, головная боль, желудочно-кишечные симптомы в виде анорексии, болей в животе, метеоризма, тошноты, диареи, может развиваться гистаминовый шок (1).

В течении мастоцитоза выделяют три стадии: прогрессирующую, стадию стабилизации и регрессирующую. Мастоцитоз бывает эритродермический, в виде телеангиэктазии пятнистой стойкой, буллезный, атрофический. В 10% случаев от всех форм мастоцитоза встречается мастоцитомы. Она характерна детскому возрасту, развивается в первые недели жизни или ребенок с ней рождается. Это четко выступающая над кожей желто-бурая, иногда цвета загара или розовая, округлая или овальная бляшка, от 2 до 6 см в диаметре, поверхность ее напоминает апельсиновую корку, каучукоподобной консистенции. Чаще мастоцитомы одиночные, редко 3-4 элемента.

Излюбленная локализация в области шеи, плеч, конечностей. На ее поверхности при трении могут появиться пузырьки и пузыри. Патогномоничным для мастоцитоза является симптом Унны-Дарье, когда при трении шпателем или пальцем пятна или папулы (розово-красного или бурого цветов, размером 1-3 см) становятся более яркими, отекающими, приобретают волдыреобразный вид.

Набухание и отечность элементов сыпи, которая излюбленно расположена на туловище, лице, шеи, конечностях, волосистой части головы, реже ладонях и подошвах, наблюдается после мытья ребенка, трения кожи мочалкой, раздражения мылами и шампунями в теплой воде (ванне). Это часто вызывает у ребенка приступы сильного зуда. Симптом Унны-Дарье обусловлен тем, что механическое или термическое раздражение вызывает выход из гранул тучных клеток большого количества гистамина, гепарина, серотонина и гиалуроновой кислоты, что вызывает расширение сосудов, усиление прочности их стенок, выход жидкости в окружающие ткани, усиливается зуд. Возможно рефлекторное появление симптома, когда происходит отек ближайших пятен, не подвергшихся трению.

Высыпания у детей в прогрессирующей стадии могут периодически исчезать и появляться вновь, что в итоге ведет к более темной окраске элементов сыпи, вплоть до коричневого цвета и увеличение их числа от единичных до сотен.

В стадии стабилизации, наступающей на 2-м году жизни ребенка иногда позднее, прекращается возникновение новых элементов сыпи. В этот период наблюдается лишь отечность уже существующих элементов сыпи после механического и термического раздражения кожи, а также после УФО и солнечного облучения.

Регрессирующая стадия мастоцитоза начинается после 6-7 лет или к периоду полового созревания и характеризуется постепенным побледнением, даже иногда спонтанным разрешением элементов.

У детей грудного возраста мастоцитоз проявляется более заметными полиморфными высыпаниями, среди которых наиболее типичными являются пятнистые и пятнисто-папулезные элементы, реже – папулы, узлы и пузыри. Буллезный мастоцитоз обычно наблюдается уже при рождении ребенка в виде изолированного поражения или сочетается с пятнистой, узловой формами. Симптом Никольского отрицательный. Нередко бывают солитарные формы мастоцитоза, когда имеются 1-2-3 узла, величиной 3-5 см, в центре которых периодически появляются пузыри. Эта форма имеет более благоприятное течение у детей, т.к. через несколько месяцев может наступать разрешение.

Диагноз мастоцитоза ставится на основании клинической картины поражения кожи, наличия симптома Унны-Дарье, результатов гистологического исследования элементов сыпи. При необходимости проводится рентгенологическое исследование костной системы, УЗИ висцеральных органов (4).

Гистопатология: в биоптате элемента мастоцитоза в верхней части дермы виден состоящий из тучных клеток инфильтрат, иногда захватывающий всю толщу дермы или проникающий в подкожно-жировую клетчатку. В базальном слое эпидермиса большое количество пигмента бурого цвета. При буллезной форме мастоцитоза пузыри расположены субэпидермально (5,6).

Целью нашей работы было изучить течение мастоцитоза у грудного ребенка.

Приводим наше наблюдение: девочка А, 6 дней жизни, весом 3 кг, 960 г. Поступила в детское отделение Краевой детской больницы из роддома с жалобами матери на обильные высыпания на коже ярко-розовых узелков, пятен, единичных пузырей с прозрачным содержимым, которые появились с рождения. Лечение проведено в роддоме с первого дня рождения (антибиотики, антигистаминные, десенсибилизирующие средства, гормонотерапия – преднизолон 5мг/кг массы. Ребенок консультирован дерматологами, выставлен диагноз: мастоцитоз диффузный, пятнисто-папулезно-буллезная форма. Микрopedиатрами выставлен ребенку сопутствующий диагноз: гипоксическая анемия I степени тяжести; физиологическая желтуха; внутриутробное инфицирование, хроническая гипоксия плода. Вследствие этого, девочка получала в роддоме викасол 1% р-р в/м, карболен, аскорбиновую кислоту внутрь.

Состояние при поступлении в детское отделение: девочка вялая, t тела $37,5^{\circ}\text{C}$, ЧДД 48 в минуту, в легких дыхание пузрильное; сердечные тоны ясные, ЧСС 150 в минуту; пень $+1\text{ см}$ из под реберной дуги, пальпируется край селезенки. Кожные покровы и конъюктива иктеричные. Имеются сыпные элементы, обильно расположенные на туловище, конечностях в виде застойно-красных пятен, узелков, единичных пузырей с серозным содержимым на боковых поверхностях грудной клетки. Большой родничок $1*2\text{ см}$, расхождения костей черепа по сагитальному и венечному швам, отмечается тремор подбородка и верхних конечностей, положительный симптом Грефе и «ластовидных» кистей. Плохая опора на ножки, мышечная гипотония, физиологические рефлексы быстро истощаются.

Из анамнеза жизни: девочка от 7 беременности, 2-х родов, родилась в срок с весом 3800гр, с обвитием пуповины вокруг шеи, закричала сразу, оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. Мать перенесла 3 аборта. Внематочная беременность в 2002 году.

Анализ крови при рождении ребенка: НЬ – 200 г/л, лейкоциты $23,3*10^9/\text{л}$, э-2, п-4, с-63, т-8, л-23. СОЭ-1мм/час, РСК-30 сек.

Анализ крови при поступлении в детское отделение: НЬ – 199 г/л, эритроциты- $5,5*10^{12}/\text{л}$, лейкоциты $10,3*10^9/\text{л}$, э-0, п-3, с-57, т-6, л-33; т.з.н.- ++; тромбоциты- $263*10^9/\text{л}$; СОЭ-1 мм/час; глюкоза-3 мм/л; билирубин общий 248,7 мкмоль/л (прямой 17 мкмоль/л, непрямой 231,7 мкмоль/л); АЛТ-11,2 ЕД/л; АСаТ-33,5 ЕД/л; общий белок-51,0 г/л; АТ-простого герпеса Ig M(-); ЦМВ Ig M(-); Ig G (+)-10 МЕ/мл; Ig M, Ig G к токсоплазмозу (-); HbsAg (-); РМП и РПГА (сифилис) отриц.

Локальный статус: кожный процесс носит распространенный характер. На слегка иктеричной коже обилие пятнисто-папулезных, застойно-красного цвета элементов, элевирующих над кожей, 1-2 см в диаметре, округло-овальных, одиночные пузыри на боковых поверхностях туловища с серозным содержимым. Симптом Никольского отрицательный. Сыпные элементы обильно расположены на волосистой части головы, лице, конечностях, особенно туловище. В месте трения одеждой положительный симптом Унны. Часть пятнистых элементов на передней брюшной стенке покрыта сгруппированными напряженными пузырьками и пузырями.

В лечении назначено: из рациона кормящей матери исключить гистаминолибераторы, интал 100 мг внутрь в виде сиропа и задитен 0,125 мг/кг массы чередуя препараты курсами (длительно)

Таким образом, диффузные формы мастоцитоза (пятнисто-папулезно-буллезные) представляют большой интерес для практических врачей, поскольку они стали все чаще встречаться. Первые их проявления наблюдаются в периоде новорожденности, требуют обследования для исключения других буллезных форм дерматозов и врожденного сифилиса, длительного наблюдения врачей дерматологов и педиатров, медотвод от прививок (изменение в прививочном календаре), исключение массажа, УФО-облучения, инсоляции, исключения из рациона питания ребенка гистаминолибераторов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Зверькова Ф.А. Болезни кожи детей раннего возраста. СПб.: Сотис, 1994. – 230 с.
2. Иванов О.Л. Кожные и венерические болезни. Справочник.-М.: Медицина, 1997. – 349 с.
3. Скрыпкина Ю.К., Мордовцева В.Н. Кожные и венерические болезни: Рук-во для врачей Т. 1. М.: Медицина, 1999. – 878 с.
4. Скрыпкина Ю.К., Мордовцева В.Н. Кожные и венерические болезни: Рук-во для врачей Т. 2. М.: Медицина, 2000. – 878 с.
5. Суворова К.Н., Антоньев А.А., Гребенников В.А. Генетически обусловленная патология кожи. – Ростов-на-Дону, 1990. – 478 с.
6. Фицпатрик Т. Дерматология. – М.: Практика, 1999. – 1044 с.

ДВА ВЕКА САМАРСКОЙ ГУБЕРНСКОЙ ТЮРЬМЫ

Дмитриева О. С., Федорова И. А.

Самарский государственный медицинский университет

Кафедра фундаментальной и клинической биохимии с лабораторной диагностикой

Научный руководитель: к/о Гамзова Е. А.

На волжском берегу, в среднем течении реки Волги стоит город Самара. На одной из центральных самарских улиц, рядом с девятиэтажными новостройками и старыми самарскими домами выделяется своим красно-белым фасадом крестообразное здание необычной архитектуры. Это Учебный корпус № 1 Самарского Государственного Медицинского Университета – улица Арцыбушевская, дом 171. Но это здание не всегда принадлежало Самарскому Государственному Медицинскому Университету, до 1932 года здесь находилась Самарская губернская тюрьма – Самарский «Крест». Целями данной научной работы были: изучение истории здания Арцыбушевская, 171, его архитектурного ансамбля, биографий знаменитых узников Самарской губернской тюрьмы. История «Самарского креста» началась ещё в конце 80-х годов XIX века, когда здания старой тюрьмы были переполнены заключёнными, условия их содержания были неприемлемыми. Началось строительство новых тюремных зданий, прежде всего – главной губернской тюрьмы на улице Ильинской (ныне ул. Арцыбушевской). В связи с этим был издан указ и выдан кредит в 900000 рублей для постройки нового тюремного здания. Самарским губернским правлением было выкуплено 633 квадратных саженей земли за 15 тысяч рублей под тюремный комплекс. Участок этот располагался в 138 квартале Самары, между улицами Полевой, Сенной (ныне улица Буянова), Оренбургской (ныне улица Чкаловская) и Ильинской (ныне улица Арцыбушевская). Строительство новой тюрьмы началось 29 июня 1896 г. Проект новой тюрьмы был разработан архитектором Главного Тюремного Управления профессором Антонием Иосифовичем Томишко. Антоний Иосифович Томишко также проектировал и Санкт-Петербургскую одиночную тюрьму. Поскольку и у самарских «Крестов», и у Санкт-Петербургских «Крестов» был один и тот же архитектор, никого не могло удивлять, что здание Самарского централа в итоге стало уменьшенной копией петербургского тюремного «замка». Торжественная передача всего тюремного комплекса в ведение казны состоялась 1 декабря 1898 года. Окруженная четырехметровым кирпичным забором толщиной в полтора кирпича, тюрьма была рассчитана на 968 мест (308 одиночных камер для мужчин и 60 одиночек для женщин). Одиночки дополняли отдельные помещения общего заключения на 480 мужчин и 50 женщин. Оборудование одиночных камер состояло из железной кровати, прикрепленной к стене, а также стола, табуретки, деревянного стула и настенных полок для обеденной посуды. В каждой из общих камер посредине был установлен обширный стол, а вокруг него – короткие скамьи с местами по числу кроватей. Кровати в камерах устраивались подъемными, в виде деревянной рамы, обтянутой парусиной. Днем они поднимались и крепились к стене, а на ночь опускались. Арестант был обязан соблюдать порядок в своей камере. Питание было трехразовым, норма – не менее 1,024 кг хлеба на человека в день, на обед-первое и второе с мясом или рыбой. Система медных труб проводила кипяток на все 4 этажа, и узникам разрешалось в камерах дважды в день пить чай. Тюрьма была оснащена по последнему слову времени: электростанция, собственная котельная, 2 больницы, аптека, хлебопекарня, ледник, мастерские. Здание электростанции состояло из двух помещений – котельного отделения и машинного, в котором стояли две паровые динамо-машины. Котельная отапливалась нефтью, и поэтому рядом с этим корпусом была сооружена емкость для единовременного хранения 20 тысяч пудов топлива. Электростанция давала ток для всех тюремных корпусов, подсобных помещений и тюремного двора, на котором стояли восемь электрических фонарей по 900 свечей каждый. Электрические лампы были установлены и в каждой тюремной камере: в одиночных – на 8 свечей, а в общих – на 10 свечей. Кроме того, в коридорах через равные расстояния висели такие же лампы по 16 свечей каждая.

Устройство электрического освещения в тюрьме в конце XIX века было новаторством в России. Сооружение всех электросистем в самарских «Крестах» обошлось казне в громадную сумму – 41 000 рублей. В итоге Самарский тюремный замок стал грандиозным сооружением своего рода, не имеющим себе равных в рамках российской провинции, а по условиям содержания заключенных – одним из наиболее комфортных мест заключения в России. На тюремном дворе располагалось четырехэтажное крестообразное здание тюрьмы – современная Арцыбушевская, 171. Главное тюремное здание фасадом выходило на Оренбургскую улицу (ныне ул. Чкаловская). В крыльях «Креста», выходящих торцами на улицы Ильинскую (ныне ул. Арцыбушевская), Полевую и Сенную (ныне ул. Буянова), располагались соответственно (рис. 1): мужские одиночные камеры (всего их было 308)(1), пересыльная тюрьма (2) и отделение мужских камер общего заключения на 480 человек (10). В настоящее время там находятся комнаты общежития. В четвёртом крыле «Креста» размещались 60 одиночных камер для женщин-арестанток (3,4). Сейчас в четвертом крыле «Креста» расположены: основной фонд библиотеки с книгохранилищем и библиографическим отделом; кафедра общей, бионеорганической и биоорганической химии (3); кафедра фундаментальной и клинической биохимии с лабораторной диагностикой (4). В подвале четвертого крыла «Самарского Креста» находились: карцеры, камеры долгового отделения, цейхгаузы (5, рис. 1) – сейчас кафедра химии фармацевтического факультета.

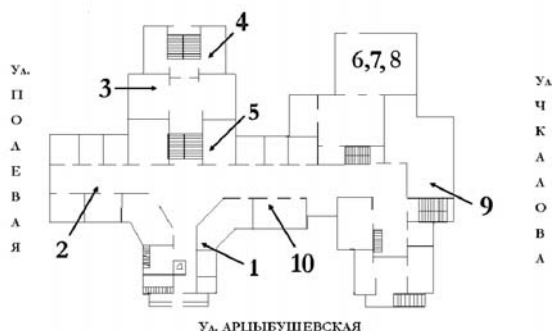


Рис. 1. – План Самарской губернской тюрьмы (создан на основе описания расположения тюремного комплекса)

С одной из сторон к тюрьме примыкал трёхэтажный флигель. На первом его этаже находились тюремная контора и комната свиданий 6, рис. 1) – в настоящее время спортивный зал кафедры физического воспитания и здоровья. На втором этаже флигеля располагались общие женские камеры на 50 человек (7, рис.1), сегодня там находится кафедра медицинской биологии, генетики и экологии. На третьем этаже флигеля была устроена домовая тюремная церковь Чудотворной иконы Богоматери Всех скорбящих радости на 200 человек с хорами для заключённых из одиночных камер (8, рис. 1). В 1919 – 1932 гг. на третьем этаже флигеля располагался культпросветотдел, а алтарь был превращен в сцену, на которой заключенными ставились представления и спектакли. Сегодня на третьем этаже расположены большой и малый лекционный залы. Затем к флигелю пристроили трёхэтажный корпус, где разместилось отделение для несовершеннолетних преступников, а также приют для арестантских детей (9, рис. 1). Сегодня там находится кафедра общей и клинической патологии с секционным курсом. Несмотря на свое прошлое, памятник архитектуры Самарский «Крест» давно потерял сходство с тюремным зданием. Усилиями администрации и ректората Самарского Государственного Медицинского Университета был сохранен один из уникальных памятников индустриальной архитектуры конца XIX века, при этом внутренние интерьеры здания были сделаны удобными для современных научных лабораторий и студентов. В течение многих лет фасады и внутренние помещения здания тщательно реставрировались. Здание бывшей Самарской губернской тюрьмы сохранено и переосмыслено.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексушин Г.В. Последний начальник Самарской губернии // Самара, № 7, 2001. - С. 22 - 24
2. Алексушин Г.В. Самарские губернаторы. - Самара.: Самарский Дом Печати, 1996. - С. 233 - 240
3. Борцы за народное дело // Под ред. Черных Н.С. – Куйбышев, 1965. - С. 43 – 53.
4. Волжский Изолятор. – Самара.: Типография Самарского Изолятора Специального Назначения, № 1 – январь 1925 г.
5. Гернет М.Н. История царской тюрьмы. Том 3 (1870 – 1900). – М.: Государственное издательство юридической литературы, 1961. - С. 381 – 395.
6. Государственный Архив Самарской области. – Самара, ф. 1, оп.68, д. 3739
7. Государственный Архив Самарской области. – Самара, ф. 468, оп.1, д. 2274, л.д. 61, 129, 219 – 220.
8. Государственный Архив Самарской области. – Самара, ф. 468, оп.1, д. 2210а, л.д. 214, 216 – 217, 288 – 289, 365 – 366.
9. Ерофеев В. В. Валерий Куйбышев в Самаре: миф сталинской эпохи. – Самара: Самарское отделение Литературного фонда России, 2004. - С. 3 – 40, 74 – 90
10. Исаченко В.Г. Зодчие Санкт-Петербурга XIX – начала XX века. - Санкт-Петербург, Лениздат, 1998. - С. 1033 - 1034
11. Куйбышев В.В. Эпизоды из моей жизни. - Алма-Ата.: Казахстан, издание 3-е. 1972. - С. 60 – 68
12. Пояснительная записка к чертежам по постройке новой тюрьмы в городе Самара. - Самара.: Губернская типография, 1900. - С. 3 - 19

УДК 616.36-008.51-089

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ДРЕНИРОВАНИЯ ВНЕПЕЧЁНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Дороган Д. А.

Бурятский государственный университет

Кафедра госпитальной хирургии

Научный руководитель: д.м.н., доц. Быков А. Д.

Лечение механической желтухи остается одной из актуальных и сложных проблем в хирургии внепечёночных желчных протоков, ввиду частых осложнений и порой долгого реабилитационного периода.

Эффективность хирургического лечения больных с данной патологией зависит от многих факторов: выраженности механической желтухи, ее длительности, функционального состояния печени, сопутствующих заболеваний и возраста пациента, выбранной тактики оперативного лечения в различных ситуациях.

Цель нашего исследования: предложить одним из методов выбора оперативного лечения данной патологии наш метод. Задачей же является доказательство, путём анализа историй болезни высокую эффективность нашего метода лечения.

По материалам Республиканской клинической больницы были изучены результаты дренирования внепечёночных желчных протоков за период с 2001-2008 гг. у 321 пациента с механической желтухой вследствие обтурации внепечёночных желчных протоков. Из них женщин-221, мужчин-100. У 8 (2,49%) из них была выявлена опухоль гепатикохоледоха, у 4 (1,25%) – рак большого дуоденального сосочка, у 70 (21,8%) пациентов рак головки поджелудочной железы, 236 (73,53%) пациентов пролечены по поводу холедохолитиаза, 3 (0,93%) со стенозирующим папиллитом; в условиях распространённого желчно-гнояного перитонита выполнено 76 (23,67%) операций. В предоперационном периоде больным проводилось обследование в объеме ультразвукового исследования брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопии, компьютерной томографии брюшной полости, проводилась дифференциальная диагностика желтухи на основании лабораторных данных клинических и биохимических исследований. Холедохолитотомия выполнена 236 (73,53%) пациентам, из них в условиях острого холецистита, холангита у 110 (34,27%) произведено наружное дренирование гепатикохоледоха (по методу Вишневого-93 (28,97%), по Керу-5 (1,56%), Холстеду-Пиковскому-10 (3,12%)). Билиодигестивные анастомозы выполнены 211 (65,73%) больным. Из них 146 (45,49%) по Юрашу, по Финстереру-3 (0,93%), гепатикоюноанастомозы-8 (2,49%), гепатикоэнтероанастомозы-5 (1,56%), холецистоэнтероанастомоз-28 (8,72%), цистикоюноанастомоз - 1 (0,31%), антирефлюксные цистикодуоденоанастомозы - у 20 (6,23%) пациентов. Цистикодуоденоанастомоз выполняли только в случае широкой шейки пузырного протока (не менее 0,5 см). В условиях воспалительной инфильтрации гепато-дуоденальной связки, деструктивного воспалительного процесса желчного пузыря, наложение билиодигестивных соустьев представляет определенную опасность их несостоятельности.

В условиях распространённого желчно-гнояного перитонита выполнены следующие методы дренирования желчных протоков: по Вишневскому-68 больных (21,18%), по Керу-1 (0,31%), по Холстеду-Пиковскому-3 (0,93%), цистикодуоденоанастомоз-2 (0,625%), по Быкову-2 (0,625%) (Патент РФ на изобретение № 2324433 от 20 мая 2008 г.)

Нами были получены и проанализированы результаты у всех больных. Из 321 пациентов в раннем послеоперационном периоде осложнения отмечались у 14 (4,36%). В 9 (2,8%) наблюдениях они закончились летальным исходом. 2 (0,62%) больных умерли от распространённого желчного перитонита, несостоятельности швов билиодигестивного

анастомоза-1 (0,31%), печеночной недостаточности-5 (1,56%), в 1 (0,31%) случае смерть наступила от тромбоэмболии лёгочной артерии. Не возникло летальности и осложнений у пациентов, которым выполнили антирефлюксный цистикодуоденоанастомоз.

Отдаленные результаты были изучены у 26 больных и оценивались как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Хорошими результатами считались при полном отсутствии жалоб пациентов, сохранённой работоспособности, общем благополучном состоянии. Удовлетворительными результатами считались при общем благополучном состоянии больных, сохранении работоспособности, но при наличии жалоб на периодически возникающую диспепсию, иногда общую слабость. При наличии признаков рецидивирующего холангита, холестаза, инвалидизации пациентов они считались неудовлетворительными. В 9,375% случаев результаты были хорошие (в основном это пациенты, которым выполнены антирефлюксные цистикодуоденоанастомозы), в 78,125% случаев результаты были удовлетворительные, в 12,5% наблюдений - неудовлетворительные.

Вывод: таким образом, при сравнении эффективности методов билиодигестивных анастомозов в ближайшем и отдалённом послеоперационном периоде (в условиях перитонита в том числе) операцией выбора может быть антирефлюксный цистикодуоденоанастомоз при наличии условий возможности его выполнения, а при отсутствии общего печёчно-го и общего желчного протоков в условиях перитонита предлагаем нашу дренажную конструкцию (Патент РФ на изобретение № 2324433 от 20 мая 2008 г.).

УДК 616.94:616.9-053.2-02-036

РОЛЬ И ХАРАКТЕРИСТИКА СЕПСИСА ПРИ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Дорошенко Ж. В.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра детских инфекционных болезней с курсом ПО

Научный руководитель: к.м.н., доц. Крившич Т. С.

В Российской Федерации в структуре смертности новорождённых и детей раннего возраста сепсис как причина смерти в течение нескольких десятилетий занимает 3-4 место, составляя в среднем 4 – 5 случаев на 1000 живорождённых [1]. Актуальность проблемы сепсиса у детей с инфекционной патологией обусловлена особой тяжестью течения заболевания и высокой летальностью.

Цель исследования: Определение значения сепсиса в инфекционной патологии у детей и его характеристика.

Задачи исследования:

1. Изучить удельный вес сепсиса в структуре инфекционной летальности.
2. Выявить зависимость частоты развития сепсиса от возраста детей.
3. Установить этиологическую структуру сепсиса у детей.
4. Оценить влияние предрасполагающих факторов на развитие сепсиса у детей.
5. Установить соответствие клинико-лабораторного обследования и формулировки диагноза требованиям международной консенсусной конференции по педиатрическому сепсису (IPPS), состоявшейся в Сан-Антонио, 2002 г.

Материалы исследования: Исследования проводились на базе МУЗ ГК ДИБ №1 г. Красноярск за период 2006-2008 г. Критерии отбора больных для исследования:

- Возраст от 0 до 14 лет
- Наличие у пациента сепсиса, согласно терминологии IPPS (2005г)

Данным критериям соответствовали 14 (0,07 %) из 19 628 больных, лечившихся в стационаре за этот период времени.

Результаты и их обсуждение: За период наблюдения (2006-2008 г.) в стационаре МУЗ ГК ДИБ №1 диагноз сепсис (основное заболевание или осложнение) был установлен у 14 детей. На протяжении анализируемого периода прослеживается тенденция к росту абсолютного числа больных сепсисом: в 2006 г. сепсис был диагностирован у 3, в 2007 г. – у 4, а в 2008 г. – у 7 детей.

Летальные исходы от различной инфекционной патологии за 2006 – 2008 годы отмечены у 29 больных (0,15%), при этом удельный вес сепсиса в структуре летальности составил 35 % (10 больных). Из 14 больных сепсисом летальные исходы зарегистрированы у 71% (10 больных).

Почти все больные с сепсисом (93%) были в возрасте до 1 года. Наибольшее количество детей (50%) составила группа детей в возрасте от 0-1 мес. По данным других авторов [3, 6], также среди больных сепсисом преобладают новорожденные дети.

Из числа больных 71 % были жители г. Красноярск, 39% - поступили из районов Красноярского края. Чаще (64%) дети были переведены в МУЗ ГК ДИБ №1 из родильных домов и из стационаров, 36% детей поступили из дома.

В ходе исследования было выявлено, что первичный воспалительный очаг в большинстве случаев представляли пупочное кольцо (36%) и кишечник (36%). У новорожденных основными входными воротами являлось пупочное кольцо (57%).

По результатам бактериологического исследования крови, ликвора и материалов из гнойных очагов этиология сепсиса была расшифрована у 71% детей. Установлено, что грамотрицательная и грамположительная флора занимают равнозначные позиции, аналогичные данные приводятся в исследованиях других авторов [5]. Из грамположительной флоры преобладали *S. aureus* и *S. epidermidis*, у одного больного в возрасте 15 суток был выделен *Str. agalactiae*. Среди грамотрицательной флоры лидировали *Kl. pneumonia* и *Ps. aeruginosa*.

Локализация первичного септического очага существенно влияет на этиологию процесса: у новорожденных детей с первичным очагом в пупочном кольце ведущую роль играл стафилококк, а в этиологии кишечного сепсиса - синегнойная палочка и клебсиелла. У иммунокомпроментированных детей в этиологии генерализованного процесса преобладала грамотрицательная флора (*Kl. pneumonia* и *Ps. aeruginosa*).

Изучив наличие предрасполагающих факторов в развитии сепсиса у новорожденных детей, мы выявили, что практически у всех матерей отмечались разнообразные сочетанные аномалии течения беременности (инфекционные заболевания, гестозы, анемия) и родов (преждевременные роды, длительный безводный период, кесарево сечение).

У 64% детей с сепсисом имелись сопутствующие врожденные инфекционные болезни (цитомегаловирусная инфекция – у 2 детей, ранний врожденный сифилис – у 2, перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции – у 2, вирусный гепатит С – у 2, герпетическая инфекция – у 1).

У всех исследуемых больных сепсисом наблюдалось формирование вторичных очагов инфекции. Среди метастатических очагов сепсиса наиболее часто мы встречали пневмонию (57%), гнойный менингит (43%), энтероколит (43%) и гепатит (43%), реже – гнойный конъюнктивит (36%).

Характерным для тяжелого сепсиса является развитие полиорганной недостаточности (СПОН). С целью выявления и оценки полиорганной недостаточности использованы критерии органной недостаточности [2,3,6].

В структуре СПОН на первом месте стояла респираторная недостаточность (86%), на втором месте – сердечно – сосудистая (78%) и острая церебральная недостаточности (78%), далее следовали острая почечная недостаточность (71%), недостаточность системы гомеостаза (64%), печеночная недостаточность (43%), эндокринная и желудочно-кишечная недостаточности (по 14%). У всех больных имелись признаки иммунной недостаточности. Полученные нами данные по частоте вовлечения различных органов и систем в СПОН при сепсисе соответствуют данным других авторов [4].

Как правило, у больных сепсисом отмечалась множественная полиорганная недостаточность, у 89% детей имелись поражения четырех и более систем, что, по данным [2], прогнозирует летальный исход в 91,4% случаев.

У 71% (10 детей) исследуемой группы было констатировано развитие септического шока, закончившегося во всех случаях летальным исходом.

Среди наблюдаемых больных диагноз сепсис, как самостоятельное заболевание был установлен у 7 новорожденных больных (50%). В этом случае формулировка диагноза была следующей: “Бактериальный сепсис новорожденного (Kl. pneumoniae и Ps. aeruginosa), септицемия (язвенно-некротический энтероколит, перитонит, пневмония), СПОН (ОДН, ССН, ОЦН, острая печеночная и почечная недостаточность, ДВС – синдром), септический шок”.

У детей старше 1 месяца, сепсис являлся осложнением основного заболевания, у них первичный гнойный очаг локализовался в легких, кишечнике, в одном случае первичным очагом был менингит. У этих больных диагноз формулировался следующим образом: “Язвенно-некротический энтероколит, осложненный сепсисом, септицемия (пневмония, миокардит, гнойный менингит), СПОН (ОДН, ССН, ОЦН, ДВС – синдром), септический шок”.

Выводы:

1. Актуальность проблемы сепсиса при инфекционной патологии связана с тенденцией к ежегодному увеличению числа больных сепсисом и его высоким удельным весом в структуре летальности (35%).
2. Среди больных сепсисом преобладают дети до 1 года (93%), наиболее высок удельный вес новорожденных (50%).
3. Предрасполагающими факторами в развитии сепсиса у новорожденных детей являются разнообразная патология течения беременности и родов у матери, а также наличие у ребенка врожденных инфекционных заболеваний, сопровождающихся иммуносупрессией.
4. Этиология сепсиса расшифрована у 71% больных: грамотрицательная и грамположительная флора встречаются с одинаковой частотой.
5. Первичный гнойный очаг у детей чаще локализуется в области пупочного кольца и кишечника.
6. Среди метастатических очагов сепсиса наиболее часто наблюдается пневмония (57%), гнойный менингит (43%), энтероколит (43%) и гепатит (43%).
7. Характерным для тяжелого сепсиса является развитие полиорганной недостаточности (острой респираторной, сердечно – сосудистой, церебральной, почечной, печеночной, иммунной и недостаточности системы гомеостаза), чаще (89%) имеется поражение четырех и более систем.
8. Непосредственной причиной смерти у 71% наблюдаемых больных является септический шок.
9. У детей сепсис в качестве основного заболевания и сепсис, являющийся осложнением первичного гнойного очага, диагностируются в соотношении 1:1.
10. Формулировка диагноза у больных сепсисом соответствует международным требованиям.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Иванов Д. О. Течение сепсиса у новорожденных с внутриутробным инфицированием // Автореферат диссертации, 2006
2. Козлов В. К. Этиология, иммунопатогенез, концепция современной иммунотерапии // Монография. – Санкт-Петербург “Диалект”, 2006г.
3. Марри Д. Инфекционные болезни у детей // Учебное пособие. – Москва “Практика”, 2006г. – С.93-101
4. Миронов П. И., Иванов Д. О., Александрович М.А. Пилотная оценка валидности терминологии международной согласительной конференции по педиатрическому сепсису // Вестник интенсивной терапии, 2006. – №4. – С.61-64
5. Самсыгина Г. А. Неонатология // Национальное руководство. – Москва “ГЭОТАР-Медиа”, 2007. – С.673-687
6. Шабалов Н. П. Неонатология // Учебное пособие. – Санкт-Петербург “Специальная литература”, 2006.

УДК 616.62-091-055:616.62-008.222/.223:616-056.4

ВАРИАЦИИ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ЖЕНСКОГО УРЕТРОВЕЗИКАЛЬНОГО СЕГМЕНТА В НОРМЕ И ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОМ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ

Дробушевская А. И., Лободесов С. С., Русских А. Н.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра урологии, андрологии и сексологии ИПО*

Научные руководители: д.м.н., проф. Горбунов Н. С., д.м.н., проф. Андрейчиков А. В.

Актуальность. Согласно отечественной и зарубежной статистике [1-5, 16-22], частота встречаемости недержания мочи у женщин достигает 36%. Диагностика и лечение различных форм недержания мочи остается важной проблемой урогинекологии. Причинами недержания мочи у женщин принято считать снижение тонуса мышц тазового дна, сфинктеров мочевого пузыря, деформацию передней стенки влагалища, нарушение иннервации мочеиспускательного канала и шейки мочевого пузыря в результате тяжелых затяжных или стремительных родов и различных акушерских пособий

(«родовая травма»), непосильного физического труда и пр. В тоже время, известны случаи функционального недержания мочи у нерожавших и не занимавшихся тяжелым физическим трудом женщин [6, 7].

Заболевание проявляется непроизвольным выделением мочи из уретры во время напряжения мышц передней брюшной стенки различной силы: от перемены положения туловища, легкого кашля, смеха, быстрой ходьбы, чихания до поднятия тяжести [8, 9].

Анализ отечественной и зарубежной литературы демонстрирует отсутствие данных о наличии у женщин какой-либо фенотипической предрасположенности (особенностей внешнего строения тела) к недержанию мочи, хотя этиопатогенез страдания явно предполагает это. Например: все способы хирургического лечения функционального недержания мочи у женщин направлены на восстановление «геометрии» уретровезикального сегмента [9, 11-15]. Сегодня наилучшие непосредственные и отдаленные результаты лечения гарантируют «слинговые операции» с использованием проленовой ленты: TVT (Tension-free transVaginal Tape), TOT (TransObturatorial tape) или TVT-O (Tension-free transVaginal Tape–Obturatorial; рис. 1, 2). Значительным опытом лечения недержания мочи при напряжении у женщин указанными способами обладает урологическое отделение Красноярской краевой клинической больницы: выполнено более 100 операций с хорошими отдаленными результатами.

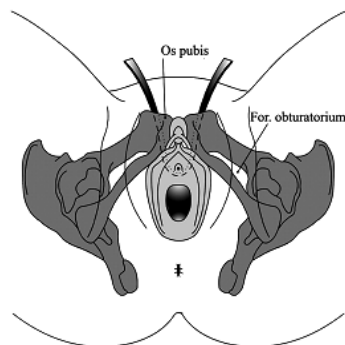


Рис. 1. – Схема операции TVT

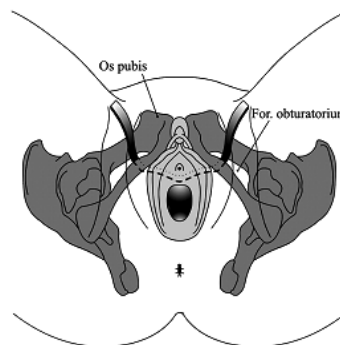


Рис. 2. – Схема операции TOT или TVT-O

Несмотря на многовековую историю заболевания, ни одно из известных исследований не определило наиболее типичный соматотип женщин, страдающих недержанием мочи при напряжении, т.е. не найдено антропометрически выявляемых факторов риска развития недержания мочи.

Целью настоящего исследования является определение вариаций морфологических параметров женского мочеиспускательного канала и шейки мочевого пузыря в зависимости от соматотипа женщин по данным ультразвукографического исследования и микроморфометрии.

Материал и методы исследования. Материалом для нашего исследования послужили данные обследования 31 женщины, страдающих функциональным недержанием мочи (ФНМ), недостаточность запирающего аппарата мочевого пузыря которых была подтверждена трансинтритоутальным ультразвуковым исследованием: линейный датчик 11 МГц ультразвукового аппарата Aloka, располагался в области преддверия влагалища – интритоутально (рис. 3).

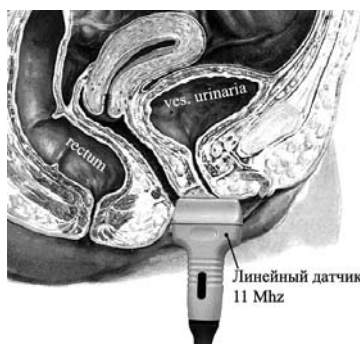


Рис. 3. – Интритоутальное расположение линейного УЗ-датчика 11 МГц

Измерялись: длина уретры от внутреннего до наружного отверстия, длина и ширина «псевдопростаты» [19, 20]. Площадь «псевдопростаты» вычислялась при помощи формулы определения площади эллипса: $S = 3,14 \times ((\text{длина} + \text{диаметр}) / 4)^2$ [10]. После чего определялся ультразвукографический индекс женской уретры (УИЖУ), равный отношению площади псевдопростаты и длины уретры (S/L).

Всем женщинам проводилось антропометрическое исследование (длина тела (ДТ), вес (В), окружность грудной клетки (ОГК), поперечный диаметр грудной клетки (ПДГК), акромиальный диаметр (АкД) и гребневый диаметр (ГрД)) с последующим соматотипированием по М.В. Черноруцкому с применением индекса М.С.Н. Pignet (индекс Пинье = $\text{ДТ} - (\text{ОГК} + \text{В})$), по L.Rees-H.J.Eisenck (индекс Рис-Айсенка = $\text{ДТ} \times 100 / (\text{ПДГК} \times 6)$) и оценкой полового диморфизма по J.Tanner (индекс Таннера = $(3 \times \text{АкД} \times 10) - (\text{ГрД} \times 10)$) [11, 12].

В качестве группы сравнения использованы данные антропометрии с последующим соматотипированием по вышеописанным методикам 75 здоровых, не страдающих функциональным недержанием мочи, женщин, 30 из которых было проведено ультразвукографическое исследование уретры и шейки мочевого пузыря с определением ультразвукографического

индекса женской уретры. Микроморфометрия уретры проводилась на препаратах, полученных от трупов 35 женщин, умерших от случайных причин. Исследовалось процентное соотношение гладкомышечных клеток и соединительнотканых волокон мышечного слоя уретры на уровне шейки мочевого пузыря, средней трети и наружного отверстия мочеиспускательного канала (окраска по Ван Гизон) с увеличением 8×25. Женщинам группы сравнения, как и объектам трупного материала, проводилась антропометрия и соматотипирование по упомянутым методикам.

Статистическая обработка материалов на PC с использованием пакета MS Excel 9,0, Statistica for Windows 6.0, Primer of Biostatistics Version 4.03. Исчислялось распределение отдельных признаков и оценка основных характеристик распределения ($M \pm m$, σ). Достоверность межгрупповых различий оценивалась по критериям t (Стьюдента) и χ^2 .

Результаты. Результаты соматотипирования представлены в таблице 1.

Таблица 1

Количественное и процентное распределение соматотипов и полового диморфизма в группах

группы	соматотипы						половой диморфизм по Таннеру		
	по Rees-Eisenck			по Черноруцкому			андроморф.	мезоморф.	гинекоморф.
	пикнич.	нормост.	астенич.	гиперстен.	нормостен.	астенич.			
больные ФНМ (n=31)	16	13	2	22	7	2	16	2	13
	51,6%	41,9%	6,5%	71%	22,6%	6,5%	51,6% *	6,5%	41,9%*
здоровые (n=75)	44	25	6	59	12	4	20	9	46
	58,7%	33,3%	8%	78,7%	16%	5,3%	26,7%*	12%	61,3%*
кадаверальный материал (n=35)	15	13	7	13	17	5	11	8	16
	42,9%	37,1%	20%	37,1%	48,6%	14,3%	31,4%	22,9%	45,7%
всего: (n=141)	75	51	15	94	36	11	47	19	75

* $P < 0,05$

При сравнении распределения соматотипов в группах (больные ФНМ – группа здоровых) достоверные различия отмечены только по индексу полового диморфизма Таннера между андроморфами и гинекоморфами. Андроморфный тип достоверно чаще встречается у женщин при ФНМ, чем в популяции (51,6% против 26,7%; $P < 0,05$; значение критерия χ^2 - 13,01). Чего нельзя сказать о гинекоморфном типе, поскольку он отмечался достоверно реже: 41,9% против 61,3% ($P < 0,05$; значение критерия χ^2 - 7,53).

Сочетания соматотипов (по Рис-Айсенку и Черноруцкому) и типа полового диморфизма (по Таннеру) представлены в таблице 2.

Таблица 2

Варианты сочетаний соматотипов

соматотипы	группы						
	здоровые (n=75)		больные ФНМ (n=31)		кадаверальный материал (n=35)		всего
астеники–гинекоморфы	5	6,7%	2	6,5%	6	17,1%	24
нормостеники–мезоморфы	32	42,6%*	9	29%*	17	48,6%	41
гиперстеники (пикники)–андроморфы	38	50,6%*	20	64,5%*	12	34,3%	76

* $P_{1-2} < 0,05$

Из таблицы видно, что в группе больных достоверно преобладают женщины гиперстенического/пикнического соматотипа андроморфы: 64,5% против 50,6% в группе здоровых ($P < 0,05$; $\chi^2 = 3,95$). Достоверно реже встречаются нормостеники-мезоморфы ($P < 0,05$; $\chi^2 = 4,02$).

Как видно из представленных таблиц, ФНМ страдают преимущественно женщины пикнического (по Rees-Eisenck) – 51,6%, гиперстенического (по Черноруцкому) соматотипов - 71% и андроморфного типа по Таннеру (51,6 %) с преимущественно встречаемым сочетанием соматотипов гиперстеники/пикники-андроморфы (64,5%).

Реже всего функциональное недержание мочи наблюдается при астеническом соматотипе (6,5% по Rees-Eisenck и Черноруцкому) и при сочетании астеники-гинекоморфы (6,5%).

У всех здоровых астеников-гинекоморфов, характеризующихся достоверно большей ($P < 0,05$), по сравнению с другими соматотипами, длиной уретры ($35,57 \pm 0,07$ мм) и площадью псевдопростаты ($507,33 \pm 12,07$ мм²), ультразвуковой индекс женской уретры (УИЖУ) превышает значение 12,00; у здоровых нормостеников-мезоморфов УИЖУ находится в пределах 9,00–12,00. УИЖУ гиперстеников/пикников-андроморфов, характеризующихся достоверно ($P < 0,05$) меньшей длиной уретры ($24,32 \pm 0,07$ мм) и меньшей площадью псевдопростаты ($196,03 \pm 0,89$ мм²), ниже значения 9,00.

При изучении ультрасонограмм женщин, страдающих функциональным недержанием мочи, выявился следующий парадокс: у астеников-гинекоморфов при длине уретры $34,00 \pm 12,73$ мм и площади псевдопростаты $258,81 \pm 159,16$ мм² УИЖУ не превышает значения 8,00, что идентично значениям УИЖУ нормостеников-мезоморфов и гиперстеников/пикников-андроморфов, характеризующихся достоверно ($P < 0,05$) меньшими значениями длины уретры ($29,11 \pm 2,06$ мм и $28,9 \pm 1,29$ мм соответственно) и площади псевдопростаты ($209,49 \pm 27,32$ мм² и $185,03 \pm 13,39$ мм² соответственно). Объяснение противоречия нашлось в анамнезе этих больных ФНМ: у всех астеников-гинекоморфов ФНМ развивалось

после оперативных вмешательств и лучевой терапии по поводу онкогинекологических заболеваний. У 10 из 12 (83,3%) нормостеников-мезоморфов этому предшествовали отягощенные роды с разрывом промежности II-III степеней, хронические воспалительные заболевания органов мочеполовой системы. Анамнез гиперстеников/пикников-андроморфов не был отягощен: операций по поводу гинекологических заболеваний им не выполнялось и рожали они в среднем менее 2 раз ($1,6 \pm 0,4$ раза).

Изучение микроморфометрии показало, что процентное отношение гладкомышечных клеток к элементам соединительнотканного остова мышечного слоя уретры также достоверно разнятся в зависимости от соматотипа (таблица 3).

Таблица 3

Процентное содержание гладкомышечных клеток и соединительнотканых волокон на различных уровнях женской уретры в зависимости от соматотипа

		соматотипы						половой диморфизм по Таннеру			среднее. значение
		по Rees-Eisenck			по Черноруцкому						
		пик- нич.	Норм- ост.	асте- нич.	гипер- стен.	нормо- стен.	асте- нич.	андро- морф.	мезо- морф.	гинеко- морф.	
гладкомы- шечные клет- ки	в/3	29,6	34	30,9	28,7	33,4	32,2	28,2	35,5	32,4	31,5
	Ср/3	47,5	51,4	52,7	45,5	52,2	53,8	45,4	52,3	52	50,3
	н/3	52,5	63,5	65,9	48,1	64,5	70,4	47,6	61,4	66,2	60
соединитель- нотканые волокна	в/3	70,4	66	69,1	71,3	66,6	67,8	72,8	64,5	67,6	68,5
	Ср/3	52,5	48,6	47,3	54,5	47,8	46,2	54,6	47,8	48	49,7
	н/3	47,5	36,5	34,1	51,9	35,5	29,6	52,4	38,6	33,8	40

Как видно из таблицы, у всех типов телосложения количество гладкомышечных клеток нарастает от верхней к нижней трети уретры. В среднем, количество гладкомышечных клеток на уровне верхней трети уретры достоверно меньше, чем в области средней и нижней трети (31,5% к 50,3% и 60% соответственно при $P_{1-2,2-3,1-3} < 0,01$).

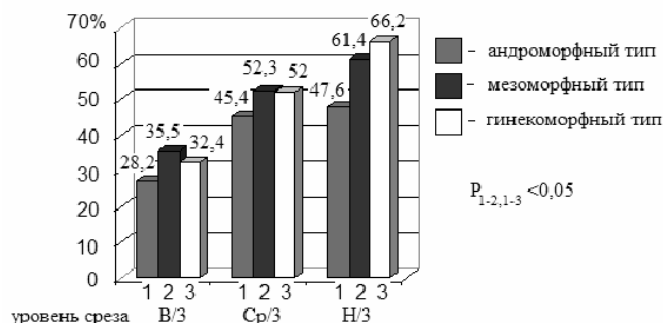


Рис. 4. – Процентное содержание гладкомышечных клеток на различных уровнях уретры в зависимости от типа полового диморфизма по Таннеру

Достоверные различия в процентном содержании гладкомышечных клеток определены только при сравнении типов телосложения по Таннеру: у андроморфов количество гладкомышечных волокон на всем протяжении уретры достоверно меньше, чем у мезо- и гинекоморфов (Рис. 4).

Выводы. Итак, лиц гиперстенического (пикнического) соматотипов, андроморфного типа сложения, характеризующихся относительно низким ростом, широкой грудной клеткой, большей шириной плеч, но меньшим диаметром таза (Рис. 5) можно отнести к группе повышенного риска развития функционального недержания мочи, поскольку:

1. Андроморфный тип телосложения достоверно чаще встречается у женщин при функциональном недержании мочи. ФНМ страдают преимущественно женщины андроморфного типа (по Таннеру) пикнического (по Rees-Eisenck), гиперстенического соматотипов (по Черноруцкому), при сочетании соматотипов гиперстеники/пикники-андроморфы.



Рис. 5. – Больная функциональным недержанием мочи (слева) наиболее типичного соматотипа – андроморф гиперстенического/пикнического типа телосложения. Истечение мочи из уретры без напряжения (справа)

2. При помощи ультразвунографического индекса женской уретры можно определить предрасположенность к развитию ФНМ: риск развития наибольший при значении УИЖУ менее 9,00. Все женщины, УИЖУ которых не превышает значений 8,00, страдают функциональным недержанием мочи. Ультрасонографический индекс женской уретры позволяет с высокой достоверностью (до 84%) выявить группу риска по ФНМ, не прибегая к морфометрическому исследованию.

3. Конституциональная предрасположенность гиперстенического/пикнического соматотипа андроморфного типа телосложения женщин к ФНМ подтверждена микроморфометрическим исследованием женской уретры (меньшее количество гладкомышечных клеток на всем протяжении уретры, особенно в верхней ее части – месте расположения непроизвольного сфинктера, что немаловажно в процессах накопления и удержания мочи).

4. Наличие недержания мочи у лиц нормостенического и астенического соматотипов, мезоморфного и гинекоморфного типа телосложения объясняется, как правило, отягощенным акушерским анамнезом.

На основании полученных данных (преобладание пикнического/гиперстенического соматотипов и андроморфного типа телосложения или их сочетаний у женщин с функциональным недержанием мочи), учитывая достоверные ультразвунографические различия параметров уретровезикального сегмента и различий в процентном содержании гладкомышечных клеток на различных уровнях уретры, можно утверждать о действительном существовании именно конституциональной (фенотипической) предрасположенности женщин указанных соматотипов к функциональному недержанию мочи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кан Д.В., Лоран О.Б. Восстановление уретры у женщин при обширных повреждениях. Актуальные вопросы урологии. - Алма-Ата, 1981. - С.128-130.
2. Кан Д.В., Гумин Л.М., Захматов Ю.М., Танко А., Варенцов Г.И. Некоторые аспекты диагностики недержания мочи при напряжении у женщин. Актуальные вопросы урологии. - Алма-Ата, 1981. - С.121-124.
3. Кан Д.В., Гапоян К.А., Петросян В.Г. Оперативное лечение недержания мочи у женщин. Урология и нефрология. - 1971.-№4-С. - 87.
4. Кан Д.В., Лоран О.Б., Еремин Б.В. Диагностика и лечение недержания мочи при напряжении у женщин. Методические разработки ММСИ им. Семашко. - М., 1987. - 55с.
5. Кан Д.И. Руководство по акушерской и гинекологической урологии. 1978 г. с.278-300
6. Пушкарь Д.Ю. Диагностика и лечение сложных и комбинированных форм недержания мочи у женщин: Дис. докт. мед. наук. - М., 1997.
7. Переверзев Н.А. Императивное недержание мочи. Харьков, 1998.
8. Петров С.Б. Хирургия предстательной железы Под редакцией С.Б. Петрова. – СПб.: издательство Сергея Ходова, 2004.-270с.
9. Лоран О. Б., Пушкарь Д. Ю., Дьяков В. В., Николенко А. А. Операция Раза в лечении недержания мочи при напряжении у женщин. - Урология, 1996 - №1. – С.8-14.
10. Геометрия 10-11 кл. - Учебное пособие. Издательство ГЭОТАР Москва, 1996г.
11. Корнетов Н.А. Концепция клинической антропологии в медицине. Бюллетень сибирской медицины. - Томск, 2008. – Том 7.-№1.-С.7-32.
12. Доронин Б.М., Щедрина А.Г., Филатов О.М., Шевченко О.Э. Краткое практическое руководство по соматотипированию в медицинской антропологии. – Новосибирск, 1998.
13. Аль-Шукри С. Х., Кузьмин И. В. Метод биологической обратной связи в лечении больных с недержанием мочи. - Урология, 1999 - №5. – С.11-15.
14. Adam Z. Use of LMWH in TVT operations of patients with thromboembolism risk // International Continence Society, ICS. - 2001. - ABS. 291.
15. Annaloro A.Jr., Appel R.A. Experience with the Raz 4-corner vaginal wall sling // Am.J.Urol. - 1992. - Vol. 147. - No 4. - p. 234-239.
16. Artibany W., Stanton S.L., Kumar D., Villet R. Pelvic floor reconstruction // Eur. Urol. - 2001. - No 39/2. - p. 1-8.
17. Aldridge A. H. Transplantation of fascia for relief of stress urinary incontinence // Am J Obstet Gynecol. - 1942. - N 44. - P.398 - 411.
18. Bergman A., Ballard C.A., Platt L.D. Ultrasonic evaluation of urethrovaginal junction in women with stress urinary incontinence. - J. Clin. Ultrasound. 1988. - №16(5). P. 295-300.
19. Colleselli K, Stenzl A, Eder R, Strasser H, Poisel S, Bartsch G. The female urethral sphincter: a morphological and topographical study. - J Urol. 1998. - №160(1). P. 49-54.
20. Leonor de Gonzalez E., Cosgrove D.O., Joseph A.E., Murch C., Naik K. The appearances on ultrasound of the female urethral sphincter. - Br J. Radiol. 1988. - № 61(728).- P.687-690.
21. Schick E. Observations on the function of the female urethra: II: Relation between maximum urethral closure pressure at rest and the degree of urethral incompetence / Schick E, Bertrand PE, Jolivet-Tremblay M et al. // Neurourol Urodyn. - 2004. - V.23, №1. – P.16-21.
22. Schick E. Observations on the function of the female urethra: III: An overview with special reference to the relation between urethral hypermobility and urethral incompetence / E. Schick, M. Jolivet-Tremblay, J. Tessier et al. // Neurourol. Urodyn. - 2004.- V. 23, № 1. - P. 22-26.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ТРЁХ ЛЕТ ЖИЗНИ У ЮНЫХ МАТЕРЕЙ**Дудниченко Ж. Г., Байрашева В. К.***Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И. И. Мечникова**Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии № 2***Научный руководитель: к.м.н., асс. Дудниченко Т. А.**

Актуальность проблемы. Возраст женщины от 20 до 30 лет является оптимальным для рождения ребёнка [1]. Ранние (до 19 лет) роды оказывают неблагоприятное влияние на здоровье ребёнка юной матери, что связано с функциональной незрелостью организма подростков, низким уровнем их соматического и репродуктивного здоровья, осложнённым течением беременности и родов, социально-экономической неустойчивостью и психологической неустойчивостью [2,3,4]. Это способствует нарушениям внутриутробного и постнатального развития детей, что впоследствии проявляется их повышенной заболеваемостью [4,5].

Цель. Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей развития детей первых трёх лет жизни у юных матерей, заболеваемости детей и разработка мероприятий по её снижению.

Материалы и методы. Проанализированы карты амбулаторного наблюдения 204 детей первых трёх лет жизни, наблюдавшихся в детских поликлиниках № 44 и № 76 г. Санкт-Петербурга, которые родились у женщин в возрасте 13-18 лет. Контрольную группу составили 100 детей в возрасте до 3 лет, родившихся у женщин более старшего репродуктивного возраста (20-25 лет). Статистический анализ собранного материала вёлся с помощью электронной таблицы Microsoft Office Excel 2003 с расчётом относительных величин и их ошибок, средних величин, достоверности различий для средних величин с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты. Сравнительный анализ физического развития детей юных матерей и женщин более старшего репродуктивного возраста показал, что прибавка массы тела в первый и второй годы жизни у детей основной группы достоверно ниже ($6,4 \pm 0,2$ кг и $7,2 \pm 0,4$ кг соответственно), чем в контрольной группе ($2,3 \pm 1,2$ кг и $2,8 \pm 1,3$ соответственно), $p < 0,05$. К третьему году жизни увеличение массы тела у детей обеих групп выравнивается (прибавка массы у детей юных матерей составила $2,1 \pm 1,3$ кг, в контроле – $2,2 \pm 1,4$ кг, $p > 0,05$). Такая же тенденция отмечена нами и в отношении роста детей. Дети основной группы отстают в росте в первый ($23,9 \pm 1,1$ см) и второй ($13,7 \pm 1,2$ см) годы жизни (в контрольной группе $25,1 \pm 1,2$ см и $16,8 \pm 1,3$ см соответственно, $p < 0,05$), догоняя сверстников к третьему году жизни. Кроме того, в обеих когортах нами выявлено некоторое превышение росто-весовых показателей у девочек по сравнению с мальчиками, но различия в сравниваемых группах недостоверны.

Важной характеристикой психомоторного развития является способность детей сидеть и ходить. В 5-6 месяцев стали сидеть почти все дети контрольной группы (87%) и лишь половина - в основной ($65,8\%$ - 134 чел, $p < 0,01$). В семь месяцев стали сидеть $51,24,7\%$ детей основной группы, тогда как в контрольной группе этот показатель почти в два раза ниже - 13% ($p < 0,05$). Большая часть детей несовершеннолетних матерей ($68,4\%$ - 139 чел) стали ходить в 11-12 мес (в контрольной группе к этому возрасту ходили уже 83% детей, $p < 0,05$), $31,6\%$ (65 чел) – после года (в контроле этот показатель существенно ниже и составил 17% , $p < 0,01$).

Сравнительный анализ оценки нервно-психического развития детей первых лет жизни у юных женщин выявил существенные различия с данными контрольной группы. Так, к концу первого года жизни начали говорить отдельные слова 95% детей группы сравнения, а в основной - лишь $52,7\%$ (107 чел), $p < 0,05$. У $88-43,4\%$ детей юных матерей диагностирована задержка психического развития (тогда как в контрольной группе этот показатель существенно ниже - 6% , $p < 0,01$), причём энцефалическая форма выявлена в $18-8,7\%$ случаев, а у $34,7\%$ (71 чел) – интеллектуальная (в сравниваемой выборке эти цифры составили соответственно 6% и 4% , $p < 0,05$). Указанные выше различия, согласно полученным нами данным, могут быть обусловлены многими факторами, и, в частности, недостаточным уходом за детьми ($76,4\%$ в основной группе против 3% в контроле) и воспитанием в неполной семье ($52,9\%$ и 8% соответственно, $p < 0,05$).

Для того чтобы проследить динамику здоровья детей юных матерей в первые три года жизни, был проведён анализ заболеваний за это время. Наиболее частой патологией у детей первого года жизни являются болезни органов дыхания, которые составляют у 128 лиц основной группы $62,8\%$, что достоверно выше аналогичного показателя контрольной группы (49% , $p < 0,05$). Второе место занимают заболевания, обусловленные нарушением питания и обмена веществ ($40,3\%$ против 35% в контроле, $p < 0,05$), что, в свою очередь, связано с неадекватным использованием различных питательных смесей юными матерями с отсутствующей и пониженной лактацией, встречающейся среди юных женщин у 24 чел ($3,6\%$), в группе контроля эти данные выявлены у 3% . Болезни нервной системы чаще всего являются следствием перенесённой гипоксической энцефалопатии, и в течение первых трёх месяцев жизни ребёнка мы наблюдаем её последствия, выражающиеся в повышенной возбудимости, гиперрефлексии, беспокойном сне и прочих неврологических нарушениях ($15,6\%$ в группе детей юных матерей и 10% - в контрольной, $p < 0,05$). Как показали проведённые исследования, гипотрофия и её последствия наблюдаются у детей юных матерей несколько чаще, чем у детей старшей возрастной группы ($46,2\%$ и 34% соответственно, $p < 0,05$), что затрудняет адаптацию ребёнка в ранние месяцы первого года жизни. Обращают на себя внимание болезни кожи (опрелость, пиодермия и др.), обнаруженные в основной когорте в достоверно большем проценте случаев ($41,5\%$ по сравнению с 30% в группе сравнения, $p < 0,05$), свидетельствующие о недостаточном соблюдении определённых гигиенических навыков при уходе за ребёнком. Остальные заболевания у детей юных матерей на первом году жизни встречаются так же часто, как и в контрольной группе (рахит в основной группе наблюдался у $14,4\%$ детей, в контроле – у 12% , $p > 0,05$; кишечные инфекции – в $7,8\%$ и 9% случаев соответственно, $p > 0,05$). У юных женщин дети первого года жизни наблюдаются у невропатолога по поводу фебрильной эпилепсии ($4,4\%$), пирамидальной недостаточности ($15,6\%$), миотонического синдрома ($22,3\%$), натальной травмы шейного отдела позвоночника ($2,2\%$).

На втором и третьем годах жизни продолжают наблюдаться у невропатолога $28,4\%$ детей основной группы (и только 12% - в контроле, $p < 0,05$). В целом, основные нозологические формы у детей юных матерей во второй и третий годы жизни встречаются достоверно чаще, чем в сравниваемой когорте. Так, болезни органов дыхания в структуре заболеваемости продолжают оставаться ведущими, превышая аналогичный показатель в контрольной группе почти в четыре раза

(56,4% против 12% в группе сравнения, $p<0,05$). На втором и третьем местах стоят болезни органов чувств (отит, конъюнктивит, встречающиеся в основной группе в 32,4% случаев, в контроле – у 23%, $p<0,05$) и нервной системы. В этот период жизни дети юных матерей чаще болели инфекционными заболеваниями, такими как корь, краснуха, скарлатина (12,4%, в контрольной группе – 8%, $p<0,05$). Патология эндокринной системы (12,4%) и заболевания системы крови (7,8%) также достоверно чаще встречались в исследуемой когорте (в группе сравнения – 5% и 4% соответственно, $p<0,05$).

В течение года болеют различными заболеваниями от трёх до пяти раз 47,4% детей юных матерей (в контрольной группе эти показатели достоверно ниже – 32%, $p<0,05$), более шести раз в год – 27% (в контроле – 19%, $p<0,05$). Дети, болеющие более десяти раз в году, наблюдались лишь у женщин основной группы (4,6%). Исходя из этого, вычисленный индекс здоровья наиболее низким оказался у детей на втором году жизни (5,3%). На первом и третьем годах он соответственно составил 7,5% и 14%. К концу третьего года жизни снижается количество часто болеющих детей (три-пять раз в год) в обеих сравниваемых группах, но увеличивается доля детей, болеющих один-два раза в год (44,2%).

Выводы. Наблюдение за физическим, психическим и моторным развитием детей основной группы в течение первого года показало достоверное отставание прибавки веса и роста, а задержка психического развития отмечается у половины детей основной группы. Наиболее часто наблюдались болезни органов дыхания, расстройства питания, гипотрофия, болезни нервной системы, рахит. Состояние здоровья детей юных матерей на втором и третьем годах жизни характеризуется высокой заболеваемостью. По сравнению с контрольной группой достоверно чаще выявляются болезни органов дыхания, нервной системы, расстройство питания и нарушение обмена веществ, патология эндокринной системы, а также заболевания системы крови. В этой же группе дети чаще болеют до трёх-пяти раз и даже более шести раз в год. Таким образом, выявленный высокий показатель общей заболеваемости детей первых трёх лет жизни у юных матерей по сравнению с взрослыми матерями 20-25 лет свидетельствует как о функциональной незрелости юного организма к рождению здорового потомства, так и о неопытности и неподготовленности юной матери к вскармливанию и полноценному уходу за ребёнком. На основе полученных результатов при исследовании особенностей развития детей у юных женщин первых трёх лет жизни рекомендуется внедрение этапности оказания медицинской помощи девочкам-подросткам при планировании семьи, беременности, родоразрешении, выхаживании и воспитании детей, а также скрининговых программ по выявлению и ранней профилактике соматической и инфекционной патологии. Ведущая роль в проведении этих мероприятий должна принадлежать участковому врачу-педиатру, который координирует работу всех других специалистов, проводит и контролирует выполнение намеченных лечебно-оздоровительных мероприятий, состоящих из периодических осмотров ребёнка, особенно в первый год жизни, выполнения профилактических прививок, консультаций по уходу и кормлению, проводимых для юных матерей, оказания неотложной помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гуркин Ю.А. Гинекология детей и подростков / Руководство для врачей. – СПб.: Фолиант, 2000 – 574 с.
2. Гуркин Ю.А., Суслопаров Л.А., Островская Е.А. Основы ювенильного акушерства. – СПб.: Фолиант, 2001 – 352с.
3. Батяева М.В., Арефьев А.А., Дысина Н.А., Смирнова В.И. Современные подходы к оказанию амбулаторно-поликлинической помощи детям первого года жизни // Тезисы докладов II междисциплинарного конгресса «Ребёнок, врач, лекарство». – СПб., 2007. – С.27-28.
4. Скачедуб Р.Г., Лозовой А.А., Ушакова И.И. Беременность, роды и развитие детей у юных женщин // Тезисы докладов первой всероссийской научно-практической конференции детских и подростковых гинекологов «Современные проблемы детской и подростковой гинекологии». – СПб., 1993. – С.168-169.
5. Dudnichenko T.A., Bayrasheva V.K. Analysis of perinatal mortality among young mothers // European journal of natural history. – 2007. - №3. – P.89.

УДК 618.16-006.6:615.849

ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ВУЛЬВЫ

Егорова О. С., Кустова В. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО*

Научные руководители: к.м.н., асс. Егорова И.В., д.м.н., проф. Максимов С. А.

Злокачественные опухоли вульвы составляют от 2,5 до 5 % среди всех онкогинекологических заболеваний, уступая по частоте только раку шейки матки, тела матки и яичников. Средний возраст больных раком вульвы высок по сравнению с другими злокачественными опухолями репродуктивной системы. В постменопаузе заболеваемость возрастает, а у женщин старше 85 лет частота рака вульвы почти сравнивается с уровнем заболеваемости раком шейки и тела матки. Следует отметить, что средний возраст больных лейкоплакией и краурозом вульвы, на фоне которых чаще всего возникает рак, на 10 лет меньше, чем у больных со злокачественной опухолью вульвы. Эти цифры дают представление о темпах перерождения предраковой патологии данной локализации.

Задачи: оценка эффективности лучевой терапии рака вульвы и анализ лучевых реакций после проведенного лечения.

Материалы и методы: Основой нашего исследования явилось изучение заболеваемости раком вульвы у женщин Красноярского края и Хакасии. И результаты клинических наблюдений 20 больных с 2005 по 2008 год, получавших комбинированное лучевое лечение в Красноярском краевом онкологическом диспансере.

В Красноярском крае наблюдается неуклонный рост онкологической заболеваемости, среди которой одно из ведущих мест занимает рак вульвы. Если раньше, средний возраст больных составлял старше 85 лет, то за последние годы отмечена тенденция к омоложению рака вульвы, и этот показатель составляет 50-55 лет. Нами проведено исследование 20 женщин с злокачественными новообразованиями вульвы. Возраст варьировал в диапазоне от 50 до 84 лет.

Распределение больных раком вульвы по возрасту

Группы больных	От 50-60 лет.		61- 70		71-80		81 год и боле	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
N=20	3	15%	7	35%	8	40%	2	10%

В возрасте от 50-60 лет рак вульвы диагностирован у 15% женщин, что свидетельствует в пользу омоложения данного заболевания. Наибольший процент отмечен в возрастной категории 71-80 лет, что соответствует литературным данным.

Распределение больных раком вульвы по гистологическому строению опухоли

Группы больных N=20	Гистологическое строение			
	Плоскоклеточный		Саркома.	
	Ороговевающий	Неороговевающий	Абс.	%
	Абс. %	Абс. %		
	17 85%	2 10%	1	5%

Диагноз заболевания устанавливался на основе клинического осмотра и гистологического исследования биопсийного материала. Морфологический анализ указывает, что у подавляющего числа больных встречался плоскоклеточный ороговевающий рак - 17 человек, что соответствует 85%, неороговевающий установлен у двух женщин, что составило 10% и саркома была диагностирована у одной пациентки - 5%.

По форме роста опухоли распределились на экзофитные - 11 человек (55%) и инфильтративно-язвенные - 9 человек (45%).

С целью уточнения распространения процесса и оценки общесоматического состояния было проведено полное клиническое обследование.

Распределение больных раком вульвы по стадиям

Группы больных N=20	Стадия			
	I		II	
	Абс.	%	Абс.	%
	3	15%	13	65%
			4	20%

Согласно полученным данным обследования, I стадия заболевания встречается у 3 женщин (15%), со II стадией 13 человек (65%), с III стадией 4 чел, что составило (20%). Сопутствующие заболевания определены у 4 больных: сахарный диабет у 3 пациенток (15%) и ожирение IV у 1 пациентки (5%). Данные больные находились в возрастной категории старше 70 лет. Кроме того, у 2 человек установлены лейкоплакия (10%) и у одной пациентки определен крауроз (5%). У 8 женщин (40%) течение заболевания сопровождалось выраженным зудом.

Планирование сочетанной лучевой терапии включало подготовку, определение анатомо-топографического положения зон облучения «мишени» и взаимоотношения их с критическими органами, изготовление эскизов поперечного сечения тела на уровне патологического очага, выборе методик облучения, разметку полей облучения. Терапевтической «мишенью» на этапе дистанционного облучения являлся массив первичной опухоли, тазовые и паховые лимфоузлы. При этом особое внимание уделяли характеру взаимоотношений между формой и размерами «мишени» и окружающими нормальными органами и тканями, вовлекаемыми в зону облучения. Лучевая терапия проводилась в качестве предоперационного компонента комбинированного лечения у 14 человек (70%), постоперационное облучение проведено 2 больным (10%) и паллиативный курс проведен 4 женщинам (20%).

Виды терапевтических мероприятий:

N=20	Предоперационная терапия		Постоперационная терапия		Паллиативная терапия	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
	14	70%	2	10%	4	20%

Наиболее эффективным видом лечения рака вульвы является комбинированный метод. Предоперационное облучение применяют чаще при III стадии заболевания, а также у некоторых больных во II стадии, когда опухоль распространяется на соседние анатомические образования. По нашим данным, паллиативный курс проводился пациенткам с имеющимися противопоказаниями к оперативному лечению, в связи с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Лучевая терапия проводилась на гамма - установках и линейных ускорителях. При предоперационном облучении, в зону воздействия включают первичную опухоль (РОД 3 Гр, СОД 30-35 Гр), и регионарный лимфоколлектор (СОД 35 -40 Гр). Ввиду того, что ткани наружных половых органов отличаются высокой радиочувствительностью, лучевая терапия рака вульвы связана с высоким риском лучевых изменений. По нашим исследованиям у 20 больных раком вульвы имелись лучевые реакции в виде: эпидермита - 6 человек (30%), эпителиита – 15 больных (75%).

Лучевые реакции при лучевой терапии рака вульвы

Лучевые реакции:	Абс.	%
Эпидермит	6	30%
Эпителиит	15	75%

Клиническая оценка терапевтической эффективности комбинированной лучевой терапии больных раком вульвы показала, что частичная регрессия опухоли зафиксирована у 19 пациенток (95%), лишь у 1 больной (5%) визуальный эффект не определялся.

Отдаленные результаты лечения удалось проследить у 5 больных, из них 4 человека имели ухудшения (генерализация процесса и метастазы в паховые лимфоузлы, легкие). У одной пациентки не зафиксировано признаков рецидива и метастазов заболевания. Остальные 15 человек на контрольные осмотры не являлись.

Выводы: В результате нашего исследования можно сделать вывод, что по-прежнему данным заболеванием страдают женщины преклонного возраста, страдающие тяжелой сопутствующей патологией, которая зачастую препятствует проведению радикального комбинированного противоопухолевого лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гилязутдиновой З. Ш. Михайлова М. К Онкогинекология: Руководство для врачей/ Москва, 2000.- С. 189-197
2. Казаченко В. П. Клиническая онкогинекология: Руководство для врачей. – Москва, 2005. – С. 72 - 81
3. Кулакова В.И., Манухина И. Б. Гинекология // Национальное руководство. Москва, 2007. – С. 880 -886
4. Труфанов Г.Е., Асатурян М.А., Жаринов Г.М. Лучевая терапия. – Москва, 2007. – С. 133-137
5. Чиссова В. И. Дарьяковой С. Л. Клинические рекомендации. Онкология -2006. –Москва. С. 568 - 579

УДК 618.177-089.88.1(571.51-201)

РАЗВИТИЕ СОВРЕМЕННЫХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КРАСНОЯРСКЕ

Екимова А. М., Третьякова С. С.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра латинского и иностранных языков

Научный руководитель: ст. преп. Петрова Е. О.

Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) - это система методик лечения бесплодия, проблема которого в настоящее время приобретает не только медицинское, социально-демографическое, но и экономическое значение. Одна из причин популярности ВРТ – это современный образ жизни. За последние три десятилетия средний возраст, в котором женщины рожают детей, повысился, так как все больше женщин стремятся получить высшее образование и сделать карьеру, при этом откладывая замужество. Некоторые женщины могут не осознавать, насколько быстро с возрастом теряется репродуктивная способность. Бесплодие – медицинский диагноз и большая человеческая беда. В XX веке наука совершила по-настоящему революционный прорыв, научившись лечить бесплодие методами ВРТ, отличительным качеством которых является то, что либо некоторые (например, получение половых клеток или эмбрионов, их обработка и хранение в лаборатории), либо все этапы оплодотворения проводятся вне организма.

В Красноярске развитие ВРТ главным образом связано с открытием в 1996 году Центра репродуктивной медицины, где используются следующие методики современных вспомогательных репродуктивных технологий:

- экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) и перенос эмбриона в полость матки (ПЭ)
- инъекция сперматозоида в яйцеклетку (ИКСИ),
- предимплантационная генетическая диагностика эмбриона (ПГД),
- донорство ооцитов (яйцеклеток), донорство спермы,
- искусственная инсеминация спермой мужа(донора).
- криоконсервация половых клеток
- «суррогатное» материнство

Немного подробнее о каждой.

1. Экстракорпоральное оплодотворение

Возникло в 1978г. в Англии, было разработан Р.Эдвардсом и П.Стептоу. 25 июля 1978 года в Олдеме (Англия) на свет появилась девочка по имени Луиза Джой Браун- первый в мире ребенок, зачатый в пробирке. Ныне она сама замужняя дама и мать одного ребенка.

В России впервые метод искусственного оплодотворения (ЭКО) был разработан в Москве, в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии Российской Академии медицинских наук. Здесь в феврале 1986 года родился ребенок у абсолютно бесплодной женщины, зачатый с помощью ЭКО.

Весь процесс ЭКО складывается из следующих этапов:

1. Стимуляция суперовуляции.
2. Забор яйцеклеток.
3. Оплодотворение яйцеклеток “в пробирке”.
4. Выращивание эмбрионов до 2-5-дневной стадии.
5. Перенос эмбрионов в матку.
6. Поддержка ранней стадии беременности.

К разновидностям ЭКО можно отнести ГИФТ (Gamete IntraFallopian Transfer) - перенос гамет в маточные трубы; и ЗИФТ (Zigote IntraFallopian Transfer) - перенос зигот в маточные трубы. Данные методики в настоящий момент применяются крайне редко

2. Искусственная инсеминация спермой мужа (или донора)

Данная методика подразумевает введение обработанной спермы мужа/донора непосредственно в полость матки.

3. ИКСИ

Инъекция сперматозоида в яйцеклетку. При ИКСИ в цитоплазму ооцита вводится лишь один сперматозоид, поэтому качество спермы, как правило, не оказывает влияния на частоту оплодотворения и последующего дробления.

Этот метод позволяет иметь потомство мужчинам с тяжелыми формами олиго-, астено-, терато- и даже азооспермии.

4. Предимплантационная генетическая диагностика

- это метод исследования эмбриона на некоторые дефекты, перед его переносом в матку. С помощью этого метода диагностики выявляются (с некоторой долей вероятности!) грубые пороки развития эмбриона и хромосомные болезни, такие как болезнь Дауна, гемофилия и др. Кроме того, можно определить пол будущего ребенка. Однако, оперативные вмешательства на эмбрионах на ранних стадиях могут привести к прекращению развития эмбриона.

5. Донорские программы: Доноры предоставляют свои гаметы (сперму, ооциты) другим лицам для преодоления бесплодия и не берут на себя родительские обязанности по отношению к будущему ребенку.

6. Криоконсервация

Заморозка и хранение (до 10 лет) половых клеток (ооцитов, спермы), а также преимплантационных эмбрионов для последующего использования, в том числе в повторных циклах ЭКО.

Красноярский Центр репродуктивной медицины - это единственный медицинский центр края, где проводят лечение всех форм мужского и женского бесплодия с использованием современных, высокоэффективных методов вспомогательной репродукции.

Он сотрудничает с Чикагским Институтом Репродуктивной Генетики.

Важные даты в истории Центра:

- 1997 г., март Рождение первых детей после ЭКО (близнецы)
- 1998 г. Начало криоконсервации спермы
- 2001 г. Внедрение метода ИКСИ, рождение первого ребенка после ИКСИ
- 2002 г. Начало криоконсервации эмбрионов, ткани яичка. Внедрение пролонгированного культивирования эмбрионов до стадии бластоцист
- 2004 г. Внедрение молекулярно-генетических методов диагностики
- 2005 г. Внедрение цитогенетических и молекулярно-цитогенетических методов. Создание банка донорской спермы. Внедрение ПГД и первые беременности после ПГД

Сегодня исследования в этой области продолжаются и уже разработаны новые направления развития вспомогательных репродуктивных технологий:

- Коррекция на генном уровне дефектов сперматогенеза в организме мужчины.
- Дальнейшее детальное изучение на молекулярном уровне процессов формирования и созревания фолликулов, овуляции и имплантации
- Разработка и внедрение в практику искусственных органов: матки и маточных труб для осуществления возможности вынашивания ребенка вне организма матери.
- Изучение механизмов клеточного клонирования и внедрение их в методики вспомогательных репродуктивных технологий.

Несмотря на достигнутые успехи, существуют некоторые опасности проведения ВРТ. К ним относят:

- ошибки медперсонала
- многоплодие (перенос нескольких эмбрионов в матку – увеличение вероятности преждевременных родов, рождения детей с недостаточным весом, рождения мертвого плода и детской инвалидности)
- пороки развития
- здоровье матери (гормональной терапией и многоплодная беременность угрожают здоровью матери)

Таким образом, в нашем городе, как и во всем мире, врачи и ученые занимаются лечением проблемы бесплодия. И хотя многие вопросы до сих пор окончательно не изучены и остаются дискуссионными, внедрение новых методик и проводимые в этой области исследования ежедневно дают надежду многим семьям.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адамян Л.В. Проблема репродукции, - Москва, 2008, - №3
2. Адамян Л.В. Проблема репродукции, - Москва, 2008, - №4
3. Кулаков В.И., Леонов Б.В., Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия, - Москва, 2000
4. Кулаков В.И., Прилепская В.Н. Экстракорпоральное оплодотворение: теоретический и практический подходы. Практическая гинекология, - Москва, 2002
5. Ныркова В.И. Акушерство и гинекология, -1991, - №6
6. Савельева Г.М., Справочник по акушерству и гинекологии, - М,1992

УДК 613.2

НАРУШЕНИЕ ПИТАНИЯ КАК ФАКТОР В РАЗВИТИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Еремеева Е. Н.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра гигиены*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Шевченко И. Ю.

Одной из наиболее актуальных проблем в деле профилактики развития и прогрессирования заболеваний органов пищеварения у населения является обеспечение условий полноценного питания населения, а так же соблюдение режима питания [1, 5].

Питание относится к тем важнейшим факторам окружающей среды, которые с момента рождения и до последних мгновений жизни воздействуют на организм человека. Пищевые вещества, преобразуясь в процессе метаболизма в структурные элементы клеток нашего организма, обеспечивают физическую и умственную работоспособность, определяют здоровье и продолжительность жизни человека [3].

Город Дивногорск расположен в западной гористой части Емельяновского района Красноярского края на выходе реки Енисей из Восточного Саяна в сорока километрах от города Красноярска. Общая численность населения города Дивногорска составляет 33,2 тысяч человек. Результаты многолетнего мониторинга уровней и динамики алиментарно-зависимой заболеваемости населения Красноярского края свидетельствуют, что город Дивногорск последние годы входит в группу территорий края с «повышенной» степенью риска здоровью. Наибольшие темпы прироста заболеваемости населения города Дивногорска, рассчитанные на основе оценки ее многолетней динамики (1990-2005 гг.) по отдельным классам болезней, имеют отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (24,0 %), врожденные аномалии

(20,1 %), симптомы, признаки и отклонения от нормы (16,7%), психические расстройства (13,9 %). На пятом ранговом месте в структуре нозологических форм, имеющих высокие темпы прироста уровней заболеваемости находятся болезни органов пищеварения (11,9 %) [2].

Цель исследования: сокращение алиментарно-зависимой заболеваемости у взрослого населения города Дивногорска. Для этого нами были поставлены и реализованы задачи:

1. По данным социологического опроса изучить особенности питания взрослого населения города Дивногорска.
2. Провести оценку заболеваемости органов пищеварения за период 2008-2009гг.

3. Установить зависимости между уровнями заболеваемости органов пищеварения взрослого населения и характером питания.

Материалы и методы. Настоящая работа представляет собой этиологическое исследование, направленное на установление зависимости распространенности желудочно-кишечных заболеваний от нарушений в питании. В работе были использованы результаты социологического опроса взрослого населения города Дивногорска. Было опрошено 102 человека, средний возраст которых составил 37 лет. Была произведена оценка показателей соблюдения режима и характера питания. Заболеваемость органов пищеварения изучена по данным выкопировок из учетной документации лечебно-профилактических учреждений по месту жительства.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что из 102 опрошенных жителей 78,4 % не соблюдают режим и правила здорового питания, либо соблюдают не всегда (табл. 1).

Таблица 1

Соблюдение режима питания населением города Дивногорска

Степень соблюдения режима питания М±m (%)		
«Всегда соблюдаю режим питания»	«Соблюдаю не всегда»	«Не соблюдаю»
21,6±4,1	37,3±4,8	41,1±4,9

Из всех опрошенных всегда соблюдают правильный режим питания (кратность приемов пищи, перерывы между приемами пищи) 21,6 % жителей города. Соблюдают режим питания, но не регулярно 37,3 %; не соблюдают правильный режим питания 41,1 %.

33,3 % жителей города наибольшее предпочтение отдают употреблению мяса и мясных продуктов, включая их в свой суточный рацион 2-3 раза в день. При этом, предпочтение отдается употреблению в пищу продуктов быстрого питания - бутербродов, гамбургеров, пицц вместо горячих готовых блюд (первых, вторых блюд, гарниров), что само по себе представляет риск развития гастрита, функциональных расстройств желудка и других заболеваний органов пищеварения [4].

Пищевыми предпочтениями 29,4 % опрошенных являются мучные кулинарные и кондитерские изделия и сладости. 20,5 % жителей предпочитают включать в свой пищевой рацион в основном растительную пищу, ограничивая при этом мясные, рыбные и молочные изделия, что приводит к обеднению пищевого рациона животными белками и жирами.

Нами установлено, что только 16,8 % жителей питаются разнообразно, включая в свой рацион питания все основные продукты (табл. 2).

Таблица 2

Анализ пищевых предпочтений жителей города Дивногорска

Основные пищевые предпочтения М±m (%)				
Растительные продукты и блюда	Мясные продукты и блюда	Мучные кулинарные и выпечные	Кондитерские изделия и сладости	Разнообразное питание
20,5±3,9	33,3±4,6	14,7±3,5	14,7±3,5	16,8±3,7

Основываясь на полученных данных об уровнях заболеваемости органов пищеварения у населения города Дивногорска, мы видим, что лидирующее место занимают диспепсические расстройства – 490,2 %. На втором ранговом месте находятся заболевания печени и желчевыводящих путей – 303,9 % (желчекаменная болезнь, дискинезия желчевыводящих путей). Гастрит и дуоденит находятся на третьем ранговом месте в структуре болезней органов пищеварения с уровнем 264,7 %, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – на четвертом месте с уровнем 245,1 %; болезни поджелудочной железы (в большей степени панкреатиты) – на пятом месте с уровнем заболеваемости 78,4 % (табл. 3).

Таблица 3

Анализ алиментарно-зависимой заболеваемости жителей Дивногорска

Распространенность заболеваемости М±m (‰)				
Диспепсические расстройства	Гастрит и дуоденит	Язвенная болезнь желудка	болезни поджелудочной железы	Болезни печени и желчевыводящих путей
490,2±2,8	264,7±2,4	245,1±2,4	78,4±1,5	303,9±2,5

Нами было установлено, что большую часть лиц (87 %), имеющих заболевания желудочно-кишечного тракта, в том числе гастриты, язвенные болезни желудка, диспепсические расстройства, составила группа населения «Не соблюдающая» режим питания. В эту группу вошли все жители, предпочитающие употреблять ежедневно в своем суточном рационе большое количество мяса, мясопродуктов и мучных изделий.

В связи с этим, данную группу опрошенного населения мы отнесли к группе риска по заболеваемости органов пищеварения.

Оценивая результаты исследования можно сделать вывод, что алиментарно-зависимая заболеваемость и особенности питания тесно взаимосвязаны. Для сохранения и укрепления здоровья жителей города Дивногорска, а так же для предупреждения развития рисков различных патологий желудочно-кишечного тракта у населения мы рекомендуем более активно, с использованием средств массовой информации проводить пропаганду здорового питания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гигиена / Под ред. акад. РАМН Г.И. Румянцев. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – С. 30-57.
2. Доклад о санитарно-эпидемиологической обстановке в Красноярском крае в 2006 г., Красноярск, 2007. – 202 с.
3. Климацкая Л.Г., Куркатов С.В. / Особенности среды обитания и здоровья населения Красноярского края. – 2002. – 91 с.
4. Крышель П.Ф., Пругло Ю.В. Морфологическая диагностика заболеваний желудка. – Киев, 1978. – С.13-45.
5. Практическое руководство по надзору за организацией питания и здоровьем населения – Под ред. академика РАЕН проф. В.А. Доценко. 2006. – 312 с.

УДК 616.25-002.3-078.33

ГИСТОПАТОЛОГИЯ ТКАНИ ЛЕГКОГО У ПАЦИЕНТОВ С ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ

Еременко И. В.

Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера

Кафедра нормальной, топографической и клинической анатомии, оперативной хирургии

Научные руководители: к.м.н. Косарева П. В., к.м.н. доц. Амарантов Д. Г.

Введение. Поскольку выраженность воспалительных изменений в висцеральной плевре и субплеврально расположенной легочной паренхиме, несомненно, имеет значение для прогноза и терапии эмпиемы плевры, представляется актуальным, сопоставление макроскопической картины и патоморфологических изменений висцеральной плевры и ткани легкого у пациентов.

Цель. Исследовать взаимосвязь макроскопической (торакоскопической) картины и гистологических изменений в висцеральной плевре у больных с эмпиемой плевры.

Материалы и методы. Проанализированы 34 (100%) случая стационарного лечения больных с острой эмпиемой плевры, закончившиеся летальными исходами. Изучались макроскопическая картина плевральной полости при выполнении аутопсии и гистологические характеристики легкого и плевры.

Результаты. При оценке макроскопической картины, выделили три основные группы пациентов. В первой группе из 9 (26,47%) пациентов, в плевральной полости обнаруживали серозно-гнойный или гнойный экссудат, рыхлые плевральные сращения, не утолщенную и не деформированную париетальную и висцеральную плевру. Микроскопически в висцеральной плевре выявлялись очаги воспалительной инфильтрации, субплеврально находили умеренно выраженную эмфизему. Средняя толщина плевры в этой группе пациентов составила $0,08 \pm 0,028$ мм.

Во вторую группу вошли 14 (41,18%) пациентов, у которых в плевральной полости обнаруживали покрытую массивными фибринозными наложениями, деформированную, бугристую париетальную и висцеральную плевру. Микроскопически в плевре и субплеврально расположенной ткани легкого обнаруживались явления соединительнотканного перерождения. В препаратах хорошо прослеживалась пограничная зона формирующегося фиброза легочной паренхимы. Толщина плевры и фиброзно-измененной ткани легких у этих больных составила $1,39 \pm 0,93$ мм.

В третью группу вошли 11 (32,35%) пациентов, у которых обнаруживали небольшое количество фибрина, розовые грануляции на висцеральной плевре. Давность заболевания составляла от 4 до 10 недель.

Микроскопически в плевре и субплеврально расположенной легочной паренхиме воспалительные изменения отсутствовали. Плевра и паренхима легкого замещались зрелой волокнистой соединительной тканью. За зоной выраженного фиброза следовала переходная зона формирующихся фиброзных изменений, в которой определялись значительно уменьшенные в размерах и деформированные альвеолы и ацинусы. Вслед за ней выявлялась третья зона, максимально удаленная от плевры, в которой процессы воспаления и фиброза были выражены минимально. Толщина висцеральной плевры и патологически измененной легочной паренхимы составила $1,83 \pm 0,87$ мм.

Результаты наших исследований показывают, что больные со схожими гистологическими изменениями имеют схожую макроскопическую картину, что делает возможной экспресс-оценку гистологических изменений во время выполнения торакокопии у больных с острой эмпиемой плевры.

1. Макроскопическая картина недеформированной плевры с преимущественно фибринозными напластованиями на ней, не ригидного легкого, отсутствие утолщений париетальной и висцеральной плевры свидетельствует о том, что явления хронического воспаления выражены минимально. Грубые изменения в плевре и тканях легкого при этом отсутствуют. Альвеолы в большинстве своем сохраняют структуру, за исключением узкой зоны, находящейся непосредственно под висцеральной плеврой.

Для врача наличие такой макроскопической картины свидетельствует о полностью сохраненной возможности расправить легкое.

2. Макроскопическая картина бугристой, деформированной, резко утолщенной париетальной и висцеральной плевры с гнойно-фибринозными наложениями свидетельствует о формировании фиброзных изменений в субплевральном слое легочной паренхимы с незначительным ее поражением.

При нахождении при торакокопии подобной клинической картины врач может сделать вывод о том, что способность легкого занять соответствующий объем плевральной полости несколько снижена, однако полостью не утрачена.

3. Появление грануляций на висцеральной плевре и гнойно-некротических секвестров в плевральной полости позволяет предположить, что воспалительный процесс сопровождается массовой гибелью альвеол и образованием широкой зоны рубцового перерождения легочной паренхимы. В клинической практике обнаружение такой торакоскопической картины свидетельствует о том, что способность легкого к резекпансии во многом утрачена.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Давыдовский И.В. Патологическая анатомия и патогенез болезней человека / И.В. Давыдовский. – М., 1956–58. – Т. 1–2.
2. Линдберг Б.Е. Воспалительные заболевания плевры / Б.Е. Линдберг - В кн.: Многотомное руководство по хирургии. - Т.5. - М., 1960. с. 336–337.
3. Лукомский Г.И. Неспецифические эмпиемы плевры / Г.И. Лукомский. – М., 1976.
4. Плечев В.В. Грудная хирургия: Проблемы. Решения / В.В. Плечев, Р.Г. Фатихов // Уфа: Изд-во БГМУ, 2003. – 240 с.
5. Порханов В.А. Тораскопическая и видеоконтролируемая хирургия плевры и средостения: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук / В.А. Порханов. – М., 1996. – 33 с.
6. Стручков В.И. Острый гнойный плеврит / В кн.: В.И. Стручков. Гнойная Хирургия. - М., Медицина. – 1967. – С. 255-266.

ББК 60.5:26.89

ТРУДОУСТРОЙСТВО МОЛОДОГО СПЕЦИАЛИСТА В РОССИИ И ВЕЛИКОБРИТАНИИ

Ерошенко П. В., Капустина Т. Н.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра латинского и иностранных языков*

Научный руководитель: асс. Клименко Н. С.

Поддержка работающей молодёжи является одним из новых перспективных направлений деятельности в сфере молодёжной политики.

Работающая молодёжь - это молодые работники предприятий и учреждений города, реализующие себя в бюджетной сфере, сфере услуг и на производстве. Достаточно неоднородная социальная группа молодёжи с разным уровнем доходов, интересов, актуальных проблем.

Проблемы, которые волнуют современную молодёжь - отсутствие стартовых возможностей, карьерного роста, отсутствие жилья, недостаточная оплата труда, дефицит социальных гарантий, молодая семья, детские сады, досуг и другие - наиболее остро стоят перед данной категорией молодёжи, так как именно молодой работник являются наиболее незащищенными и уязвимыми на предприятиях и в трудовых коллективах. Государственная система учреждений здравоохранения не в состоянии не только удовлетворить потребности послевузовской системы образования, но и обеспечить должный уровень подготовки врачей-интернов.

В связи с этим актуальным становится вопрос о прохождении выпускниками медицинских и фармацевтических вузов интернатуры, наряду с государственными учреждениями здравоохранения, и на базе негосударственных медицинских и фармацевтических организаций. Особенно остро эта проблема стоит перед провизорами, поскольку государственная система фармацевтических учреждений практически полностью ликвидирована, а оставшиеся формально государственными аптечные предприятия уже давно управляются и финансируются самостоятельно и даже не включены в номенклатуру учреждений здравоохранения.

Получение полной информации о положении молодежи на рынке труда предполагает исследование проблем не только безработных, но и занятых, поскольку “занятые” и “безработные” - части единого целого, называемого “совокупной рабочей силой”. И занятая, и безработная молодежь постоянно находятся в условиях ожидания возможной смены социально-трудовой позиции. В экономическом отношении молодежь составляет сегодня значительную часть населения, называемой “работающие бедные”, так как доход “работающей” молодежи и той группы, которая зарегистрирована как “безработные”, и получает пособие по безработице, по своим размерам намного отличается. С другой стороны, положение молодежи на рынке труда своеобразно - она находится в центре сплетения целого ряда интересов: “потребитель”, в данном случае владелец рабочего места, заинтересован в более качественной, профессионально подготовленной к высокопроизводительному труду рабочей силе. А она, эта рабочая сила, на рынке труда такая, какая есть, т. е. разная: по уровню профессиональной подготовки, по уровню квалификации, по демографическим показателям, по опыту работы, отношению к работе и т.д. Но на рынке труда города, может быть, не всегда так зримо и напористо, как две предыдущие, присутствует еще одна группа интересов - это интересы городского сообщества, государства и общества в целом, которые далеко не всегда совпадают с интересами носителей рабочей силы и работодателей.

В этой ситуации остается открытым вопрос о том, что нужно сделать городу, чтобы не допустить деградацию невосстановленной части рабочей силы. В известном смысле в качестве критерия эффективности функционирования рынка труда можно было бы принять его способность содействовать развитию человека через оптимизацию условий движения совокупной рабочей силы в городе. Удовлетворение потребностей работодателей в качественной рабочей силе в данном случае только часть проблем, стоящих в этом ряду.

В связи с обсуждением проблемы присоединения России к Болонскому процессу возникают новые требования к высшему медицинскому и фармацевтическому образованию. В частности, нужно добиться признания наших дипломов в Европе, что облегчило бы нашим специалистам-медикам трудоустройство за рубежом. Для этого следует, сохраняя традиции российского медицинского образования, привести в соответствие всю систему обучения (как додипломную, так и последипломную), используя принцип непрерывности получения новых знаний в области медицины и фармации, т.е. образовательный стандарт России должен быть адекватен европейскому. Решая эту задачу, необходимо совершенствовать учебные планы наших медвузов и, учитывая сложившиеся национальные традиции в преподавании медицинских и фармацевтических дисциплин, скоординировать их с учебными планами европейских вузов. Результаты исследования, представленные в нашей работе, показывают, что молодежный рынок труда сегодня характеризуется углублением такого противоречия, как потребность хозяйства города в работниках разных специальностей и номенклатура профессий, по которым готовят специалистов профессиональные учебные заведения. Отсутствие спроса на городском рынке труда на эти профессии приводит к тому, что большая часть ищущих работу молодых людей, в том числе недавних выпускников учебных заведений, трудоустроивается не по специальности. Как пишут исследователи, работает по специальности только 51,2% молодых людей. Для многих переподготовка является, в этих условиях, единственной возможностью получить работу.

Еще одно противоречие связано с тем, что, с одной стороны, сложившаяся структура городского хозяйства, предлагающая рабочие места, зачастую не удовлетворяют запросы молодых людей с точки зрения содержания и характера труда, уровня оплаты; с другой - уровень и качество подготовки молодых специалистов не соответствуют требованиям, предъявляемым со стороны рабочего места.

Уровень образования выступает одним из важных показателей качества рабочей силы. В этой ситуации, как представляется, работодатель должен быть заинтересован в более образованных работниках.

Некоторым исключением, согласно полученным результатам, выглядят респонденты с высшим образованием: в числе работающей молодежи их в четыре раза больше, чем среди безработных.

Таким образом, результаты исследования показывают, что рыночные механизмы в регулировании отношений между работодателями и рабочей силой на городском рынке труда на практике не обеспечивают такие условия, чтобы в процесс труда была вовлечена молодая часть рабочей силы; не разработана система информирования, которая в одинаковой степени обеспечивала бы заинтересованные стороны данными как о потребностях экономики города, так и о наличной рабочей силы; нет еще эффективно функционирующей городской подготовки, обеспечивающей соответствие процесса профессионального обучения молодежи, вступающей в трудовую жизнь конкретным нуждам городского хозяйства. Поэтому эффективное регулирование рынка труда в городе, как нам представляется, может осуществляться на основе учета “дерева интересов”, несущий ствол которого - интересы города, представляющие совокупность интересов и потребностей горожан.

Перспективы развития здравоохранения Российской Федерации в значительной мере зависят от состояния профессионального уровня и качества подготовки медицинских и фармацевтических кадров как главного ресурса здравоохранения. Сегодня во всем мире идет осмысление того, каким должно быть образование, каковы его роль и место в развитии государства. ВОЗ, указывая на необходимость изменений в медицинском образовании, особо подчеркивает важность таких аспектов, как:

- понимание функции врача в обществе;
- необходимость непрерывного медицинского образования;
- сотрудничество между различными категориями медицинских работников.

Медицина перестает быть только врачеванием и все более становится здравоохранением.

Основные причины дезинтеграции в отечественной системе здравоохранения:

- остаточный принцип финансирования;
- нерациональное использование основных ресурсов (кадры, финансы, оборудование);
- медленное внедрение современных медицинских технологий;
- снижение квалификации медицинского персонала, особенно в первичном звене;
- сохранение чрезмерной специализации врачей в поликлиниках;
- снижение у медицинских работников мотивации к улучшению показателей работы и систематическому повышению квалификации.

Складывающаяся ситуация на рынке труда нуждается в принятии компенсационных мер со стороны государства, которые могут и должны проявляться в реализуемой молодежной политике, направленной на создание правовых, экономических, социальных и организационных условий и гарантий для самореализации молодого человека, что будет способствовать поддержанию социального согласия в городе и обществе в целом.

Как известно, Лондон является мировой финансовой столицей. Нет ни одного международного банка или страховой компании, которые бы не имели здесь своего представительства. То же самое относится и к крупнейшим мировым концернам. Долина Темзы дала приют компьютерным и другим хай-тек фирмам, промышленные компании облюбовали Birmingham и Manchester, в Newcastle представлена химическая отрасль, а так же производство компьютерных игр, Cambridge стал родиной фарминдустрии и биотехнологий.

Годовой доход выпускников университетов составляет в среднем 26 000 евро плюс 15% бонусов. Через два-три года успешной работы эта цифра достигает 33 000 евро в год (и 15-25% бонусов). В Великобритании действует прогрессивная система налогообложения, съедающая от 10% до 40% доходов. Зато существует бесплатная система здравоохранения, которая, правда, отличается не лучшим качеством.

В Лондоне наибольшим спросом пользуются иностранные специалисты, готовые работать в социальной сфере: медсестры, врачи общей практики, дантисты и психологи. Стабильная нехватка кадров с высшим образованием ощущается в банковском и финансовом секторах, а так же в рекламе, маркетинге и PR. Структура рынка труда по регионам несколько отличается от столичной. В связи с переносом предприятий в Восточную Европу.

В Шотландии наибольшее количество населения занято в сфере обслуживания, при этом численность занятых в производстве и сельском хозяйстве ежегодно сокращается. Трудности с трудоустройством испытывают специалисты механического производства, повара и медики оказываются в цене. Однако главным аргументом, говорящим против трудовой миграции в Шотландию, является существенный перевес спроса на рабочие места над предложением, а так же высокая продолжительность периода безработицы.

К очередной встрече министров высшего образования европейских стран комиссии поручено отслеживать развитие Болонского процесса и подготовить детальные отчеты по достижению промежуточных приоритетов, установленных на последующие 2 года, основа которых – обеспечение качества подготовки специалистов. Противоположная картина рисуется в регионах Wales, которые переживают настоящий бум. В угледобывающей и сталелитейной промышленности, традиционно представлявших Wales, наблюдается спад производства. Наряду с этим все большее влияние на экономику региона оказывают вновь создаваемые предприятия в сфере услуг, требующая значительный приток рабочей силы: парикмахеров, продавцов, официантов.

В целом, Великобритания открывает двери огромному количеству иностранных специалистов, начиная от работников фармацевтических производств, заканчивая топ-менеджерами финансовых корпораций.

Исходя из полученной информации, можно сделать вывод:

- что, как и в России, так и в Великобритании еще не до конца рассмотрены проблемы трудоустройства молодых специалистов
- нехватка кадров характерна для обеих стран, но в отличие от России, Великобритания более озабочена пополнением персонала в медицинских учреждениях
- в дальнейшем предстоит решение задач по обеспечению молодых специалистов лучшими условиями для работы, но уже совместно.

СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ВРАЧА-ИНТЕРНА КАК ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ**Ерошенко П. В., Капустина Т. Н.***Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра философии, этики, эстетики и медицинской деонтологии с курсом политической социологии***Научный руководитель: ст. преп. Маменкова Е. С.**

Общество является качественно специфической частью материального мира. Возникнув в результате эволюции природы как её естественное продолжение, оно с самого начала своего существования определялось своими особыми системными характеристиками и специфическими законами развития. Законы общественного развития, как и законы природы, являются объективными, но в отличие от последних реализуются только через деятельность людей. Следовательно, изучение общественных законов необходимо предполагает включение в их содержание субъективного фактора, который определяет механизм и форму их реализации. Поскольку врачевание связано с исторически сложившимся видом производящей деятельности человека, то и сегодня молодой врач на первом, новом месте его работы является субъектом социальных и своих профессиональных действий. Однако в результате системного кризиса 1990-х гг. в России проблема нехватки трудовых ресурсов в сфере здравоохранения резко обострилась. Поэтому проблема социальной адаптации врача-интерна как профессиональная необходимость заслуживает специального рассмотрения.

Термин «адаптация» возник в рамках физиологической науки и относился к процессу приспособления слухового или зрительного анализатора к действию раздражителя. В дальнейшем, он распространился на более широкий круг явлений, характеризующих приспособление строения и функций организма к условиям внешней среды. У человека развитие психики, включающей высшую её форму – сознание – достигло такого уровня, что поведение и деятельность стали определяющим фактором его адаптации. В отличие от животных, благодаря своей социальной природе, человек способен создать искусственную среду – среду культуры и цивилизации, в результате чего расширяется спектр его приспособительной активности.

Основными факторами, дестабилизирующими способность врача-интерна к социальной адаптации, на наш взгляд, стали возникшая в результате кризиса их социальная незащищённость и отмена системы распределения врачей. Под социальной незащищённостью в данном случае понимается целый ряд проблем, а именно низкая заработная плата, случаи ее несвоевременной выплаты, практическое отсутствие возможности решить жилищный вопрос. Однако доплата к зарплате молодого специалиста на сегодняшний день не превышает 3 тыс. руб. в месяц.

Низкая способность к социальной адаптации породила проблему «ухода» как врачей со стажем, так и молодых специалистов из практической медицины. Так, ежегодно около 16-17% молодых врачей трудоустраиваются в смежных сферах, например, работают торговыми представителями фармацевтических компаний.

Отмена системы распределения врачей в 1992 г. породила проблему дефицита медицинских кадров там, где раньше её решали через государственное распределение. Кадровый вопрос обостряется за счёт влияния дополнительных факторов – старение кадров и миграция специалистов из сельской местности в город. Так, если в 1945 г. на одного врача приходилось 3,3% населения, то в 1985 г. этот показатель составил 0,9%, а в марте 2009 г. 1,5%. На сегодняшний день в лечебные учреждения Красноярского края требуются на работу 91 стоматолог, 149 педиатров. В восточной группе районов края обеспеченность кадрами составляет около 70% врачей первичного звена и 71% врачей терапевтов, а в ряде территорий этот показатель значительно ниже.

Сегодня власти вынуждены признать без дополнительных усилий, направленных на привлечение специалистов в лечебные учреждения края проблему дефицита кадров решить нельзя. Руководством органов здравоохранения на сегодняшний день принят ряд мер направленных на улучшение ситуации. Так, была увеличена оплата труда медицинских работников участковой службы от 1,3 до 2,5 раз, на 30% женских консультаций, а 6239 медработников получили дополнительные денежные выплаты, что в свою очередь, обеспечило рост уровня укомплектованности лечебных учреждений края врачами участковой службы с 64% до 84%. К тому же, службе родовспоможения края дополнительно было выделено 178,6 млн. руб., в том числе, на приобретение оборудования и медикаментов 37,3 млн. руб.[1]

На основании постановления правительством Красноярского края №73 от 12 февраля 2009 г. практика дополнительного финансового обеспечения врачей была продолжена, а также была проведена паспортизация участковой службы.[2] Каждый участковый врач и медицинская сестра попали в реестр Минздрава и своевременно получили повышенную зарплату. Результаты не замедлили сказаться: уже за первые три месяца текущего года в красноярские поликлиники пришли на работу 30 участковых врачей и 59 медицинских сестер, что составляет 100% комплект одной типовой поликлиники.[3]

Следствием, названного повышения оплаты труда медиков и дополнительного финансирования лечебных учреждений края стало снижение уровня заболеваемости населения края гепатитом «В» в 1,4 раза, краснухой - в 5,3 раза, младенческая смертность снизилась на 5,7%, а материнская на 19,2%. [4]

Однако, на наш взгляд, несмотря на влияние системного и текущего мирового кризисов нельзя рассматривать социальную среду как источник условий изначально противоположных интересам личности, т.е. специфики «вхождения» в профессию врача. Мы склонны принимать во внимание коадаптацию, т.е. коррелятивную приспособленность в условиях совместной деятельности. Молодой врач приходит в коллектив, в котором уже сложилась определённая общность целей и ценностных ориентации. Его ожидают разные стадии-уровни адаптации, которые зависят от потребностей и мотивов индивида. Адаптивным человеком считается тот, у кого не нарушена продуктивная способность наслаждаться жизнью и психическое равновесие. В процессе адаптации активно изменяется как личность, так и среда, в результате чего между ними устанавливаются отношения адаптированности. В определённом смысле, профессиональная адаптация врача приближается к экстремальным условиям.

Всвязи с этим, важную роль играет та культурная среда, в которой личность будущего врача проходит путь своего становления. Пройдя интеллектуальные, теоретические и практические «тренировки» в период обучения, молодой врач попадает в ситуации, когда необходимы психическое и моральное равновесие. Очевиден тот факт, что многое в этой ситуации зависит от усилий преподавательского состава в подготовке квалифицированных кадров.

Необходимо отметить важную роль КрасГМУ в решении проблемы обеспечения лечебных учреждений Красноярского края квалифицированными кадрами. В частности, в рамках программы подготовки медицинских кадров КрасГМУ был заключен договор с руководством здравоохранения на обучение врачей по специальности «терапия», «педиатрия», «общая врачебная практика». На основании, которого в 2006 г. прошли обучение порядка 500 врачей. На 2009 г. государственное задание по приему студентов выполняется в полном объеме, в том числе по целевому набору – 42% (в 2007 г. – 38%). В 2008 г. трудоустроены в государственные и муниципальные учреждения здравоохранения свыше 90% выпускников, целевых студентов составил 74%. Проводится целевой набор в КрасГМУ, цель которого «вернуть» подготовленного специалиста в район, направивший его на учебу. Однако, за годы учебы в университете и клинической интернатуре часть так называемых «целевиков» по разным причинам «оседает» в городе.[5]

Подводя итоги, отметим, что в последние годы краевые и центральные органы власти принимают меры, направленные на улучшение материального положения молодых специалистов, практикуется система привлечения молодых специалистов в отдаленные районы края по трудовым договорам. Однако по понятным причинам позволить это могут далеко не все главы местных администраций.[6] В то же время, рыночные механизмы в регулировании отношений между работодателями и врачами-интернами на городском рынке труда на практике не обеспечивают такие условия, чтобы в процесс труда была вовлечена молодая часть рабочей силы; слабо разработана система информирования, которая в одинаковой степени обеспечивала бы заинтересованные стороны данными, как о потребностях, так и о наличии рабочей силы; нет еще эффективно функционирующей городской подготовки, обеспечивающей соответствие процесса профессионального обучения молодежи, вступающей в трудовую жизнь конкретным нуждам городского и краевого хозяйства.

Поэтому перед современным социумом остаётся главным – помочь врачу-интерну адаптироваться в условиях современного общества, обеспечив условия для его дальнейшего роста. Возможно, требуется вернуть систему распределения выпускников медицинских ВУЗов в села, решить вопросы дифференцированного подхода к заработной плате, а молодым специалистам необходимо предоставлять дополнительные социальные гарантии.

Сегодня для врачей – интернов медицина противоречива. Ей трудно идти в одном ритме со сменой поколения, но система здравоохранения продолжает гармонизировать отношения с социумом в целом, ведать и управлять медициной как важнейшей сферой жизни общества.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Воронежская О. Никто не едет в деревню?.. // Сегодняшняя газета, 3 марта 2005.
2. Постановление правительства края «О финансовом обеспечении оказания дополнительной медицинской помощи...»//Ведомости Красноярского края.- 2009.- № 12.- с51, №13. – с. 103
3. Шевченко В. Укомплектование кадрами службы 03 для Красноярска беспрецедентно//Московский комсомолец в Красноярске.- 2008.- № 14.- с. 14
4. Официальный комментарий; Кадры для здоровья; Итоги «здоровья»//Известный.- 2007.-сентябрь-ноябрь.- с. 17-19
5. Год качества, науки и воспитательной работы//Медик.- 2009.- 1-15 февраля.- с. 1-3

УДК 616.127-005.4/8:616.12-008.318-085

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ФЕНАЗЕПАМ В СУТОЧНОЙ ДОЗЕ 1 МГ В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ИБС ИНФАРКТ МИОКАРДА, НАРУШЕНИЕМ РИТМА

Ершов А. В., Егоров С. А., Кузнецов В. С.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра пропедевтики внутренних болезней*

Научные руководители: д.м.н., проф. Поликарпов Л. С., асс. Деревянных Е. В.

Актуальность: Нарушение ингибирующего влияния ГАМК- эргической системы головного мозга на вегетативные центры, регулирующие деятельность сердца. Может привести к развитию аритмии. Активация ГАМК- эргической системы с помощью вальпроата натрия, напротив, ограничивает аритмии при острой ишемии и реперфузии сердца и устраняет нарушение электрической стабильности сердца при остром инфаркте и постинфарктом кардиосклерозе.

«Бензодиазепиновая эра» в фармакологии дала мощный стимул в развитии нейрохимических представлений о механизмах эмоционально-стрессовых реакций и формировании тревожных состояний. Анализ анксиолитического действия бензодиазепинов позволил установить, что ведущую роль в эффекте играет ГАМК-трансмиссия. Эти приоритетные данные были получены в начале 1970-х годов В.В. Закусовым и Р.У. Островским. Конец 1970-х гг. ознаменовался открытием бензодиазепинового рецептора. Установлено, что участок связывания бензодиазепинов включен в состав ГАМКА- рецептора, а полные агонисты вызывают усиление ГАМК трансмиссии, приводящей к увеличению времени открытия формируемого ГАМКА – рецептором хлорного канала, что в свою очередь вызывает гиперполяризацию и тормозные процессы. По данным Ф.З. Меерсона и соавт. показано на крысах самцах линии Вистар с массой 250-350 гр., что ГАМК-эргическая система может быть использована с целью профилактики и терапии аритмий. В связи, с чем была поставлена цель: изучить эффективность и безопасность применения препарата Феназепам® в составе комплексной терапии больных с ИБС, инфарктом миокарда, осложненным нарушениями ритма.

Объект и методы исследования: Основная группа: были включены 30 пациентов обоего пола в возрасте от 40 до 70 лет, средний возраст $59,5 \pm 1,7$ лет, получающие стандартное стационарное лечение кардиотропными средствами, имеющие нарушение сердечного ритма по типу наджелудочковой и желудочковой экстрасистолии, при наличии устного информационного согласия.

Контрольная группа: пациенты обоего пола 30 человек в возрасте от 40 до 70 лет, средний возраст $57,5 \pm 1,5$ лет, получающие стандартное лечение кардиотропными средствами, имеющие нарушение сердечного ритма по типу наджелудочковой и желудочковой экстрасистолии, при наличии устного информационного согласия. Отличий по возрасту между основной группой и группой контроля не выявлено $p=0,40$.

У больных основной группы с острым инфарктом миокарда на фоне стандартного лечения отмечается уменьшение гетеротропных аритмий. Исходя из этого целесообразно добавление препарата феназепам в суточной дозе 1 мг в сутки в течение 20 дней больным ОИМ осложненным нарушением сердечного ритма по типу желудочковой и наджелудочковой экстрасистолии.

Результаты: При применении феназепама у больных острым инфарктом миокарда отмечалась тенденция в уменьшении эпизодов наджелудочковой и желудочковой тахикардии статистически не значимо, а в группе контроля количество эпизодов желудочковой тахикардии не менялось, наджелудочковой тахикардии несколько выросло $p > 0,05$.

В группе активного вмешательства было оценено качество сна, уровень тревоги и депрессии. С добавлением препарата феназепам у больных острым инфарктом миокарда достоверно увеличились показатели качества сна, и уменьшился уровень тревоги и депрессии в сравнении с контрольной группой.

Выводы:

1. У больных острым инфарктом миокарда отмечалось достоверное снижение наджелудочковых и желудочковых экстрасистол при применении бензодиазепиновых препаратов в частности феназепама, в отличие от больных контрольной группы не получавших данный препарат.

2. Прием феназепама у больных с острым инфарктом миокарда в основной группе улучшал показатели сна, уменьшал показатели тревоги и депрессии. В контрольной показатель тревоги и депрессии уменьшился на 3 %, сон оставался прежним.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Меерсон Ф.З. Патогенез и предупреждение стрессорных и ишемических повреждений сердца. - М.: Медицина, 1984. - 272 с.
2. Меерсон Ф.З. Адаптация сердца к большой нагрузке и сердечная недостаточность. - М.: Наука, 1975. - 264 с.
3. Александровский Ю.А. Клиническая фармакология транквилизаторов. М.: Медицина, 1973.
4. Смулевич А.Б., Дробизев М.Ю., Иванов С.В. Клинические эффекты бензодиазепиновых транквилизаторов в психиатрии и общей медицине. М.: 2005; 56.

УДК 616.22-006.6-07

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ РАКА ГОРТАНИ

Ерыкалова С. А., Тумашова В. А.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра патологической анатомии им. проф. П. Г. Подзолкова

Научный руководитель: асс. Рябова М. А.

Актуальность: В структуре новообразований ЛОР-органов опухоли гортани занимают первое место. Это свидетельствует об актуальности их своевременной диагностики.

Во многих случаях развитию злокачественных опухолей гортани предшествуют доброкачественные заболевания, длящиеся многие месяцы, а иногда и годы. К таковым большинство авторов относят папилломы, пахидермии, хронические гиперпластические ларингиты. Некоторые из этих заболеваний озлокачиваются чаще, другие реже. Однако уже сама возможность перерождения доброкачественных заболеваний в рак указывает на чрезвычайную важность выявления патологических процессов в гортани и их эффективное лечение, что можно рассматривать как вторичную профилактику рака. [2]

И практикующему врачу, и человеку, заботящемуся о своем здоровье следует помнить, что ранняя диагностика злокачественных новообразований, в частности рака, представляет определенные трудности в связи со сходством начальных проявлений заболеваний с доброкачественными опухолями, воспалительными и другими патологическими процессами. Именно этим объясняется позднее выявление рака гортани. При этом, вовремя выявленные заболевания не только обеспечивают излечение больного, но и позволяют сохранить голосовую, дыхательную и защитную функции гортани.

Рак гортани составляет 1-4% в общей структуре заболеваемости населения злокачественными новообразованиями.

Несмотря на совершенствование методов диагностики и лечения, рак гортани по-прежнему диагностируется на поздних стадиях и имеет злокачественное течение. По этому, проблема ранней диагностики рака гортани и на сегодняшний день остается актуальной. [1]

Цель исследования:

1. Оценить динамику заболеваемости, удельного веса запущенности
2. Изучить факторы риска и причины запущенности в диагностики рака гортани.

Задачи исследования:

1. Исследовать динамику заболеваемости раком гортани в г. Красноярске и крае за период 1999-2007г.г.
2. Изучить динамику распределения больных по стадиям процесса за период 1999-2007г.г.
3. Оценить динамику рака гортани среди возрастных групп и в соответствии с полом (в г. Красноярске и крае за период 1999-2007г.)
4. Исследовать удельный вес одногодичной летальности.
5. Оценить динамику качества жизни в соответствии с проведенными операциями на гортани.

Материалы и методы исследования: Проводился анализ карт, составленных для удобства исследования и включения всех необходимых данных из истории болезни.

Использовался метод выкопировки данных.

Результаты исследования и обсуждение: По данным ракового регистра ОКД№1 г.Красноярска с 1999г. по 2007г. показатель заболеваемости раком гортани снизился в г.Красноярске с 1,5 (1999г.) до 1,1 (2007г.); по краю с 1,8 (1999г.) до 1,3 (2007г.).

По стадиям заболевания больные раком гортани в 2007г. были распределены следующим образом: I и II- 14,7%, III- 60,8%, IV- 10,4%, без стадии-13,9%. По сравнению с 1999г. увеличился процент больных с III и IV стадиями заболевания (в 1999г. I и II- 21,1%, III- 58,8%, IV- 3,7%, без стадии-15,4%).

Удельный вес запущенности по раку гортани, так же имеет тенденцию к увеличению: с 3,7 % (1999г.) до 10,4% (2007г.) по краю; с 6,8% (1999г.) до 13,5% (2007г.) в г. Красноярске.

При изучении данных заболеваемости раком гортани среди возрастных групп (по краю) с 2003г. стали встречаться больные, раком гортани в молодом возрасте (от 30-34 и 35-39 лет).

При анализе оперативного лечения в 2007г. отмечается уменьшение количества органосохранных операций, так резекций гортани было произведено: в 2006г.-26, 2007г.-19. Таким образом, ухудшается качество жизни у оперированных больных.

При анализе причин запущенности в диагностике рака гортани основными причинами являются: скрытое течение рака гортани и несвоевременное обращение пациента. Следует отметить ухудшение дооперационной гистологической верификации опухолевого процесса, что приводит к увеличению (с 12-13 в 2005 и 2006г.г. до 26 в 2007г.) операций с интраоперационной гистологической верификацией процесса, что в свою очередь приводит к удлинению времени операции на 30-40 мин.

Результаты гистологического исследования могут быть отрицательными при явной клинической картине раковой опухоли гортани, если биопсия взята не из очага ракового роста, вследствие того, что вокруг раковой опухоли развивается обширный перифокальный отёк, опухоль локализуется в плохо обозреваемых и труднодоступных для биопсии местах. В случае нелечённого доброкачественного заболевания и его перерождения в рак число ложно отрицательных результатов биопсий возрастает, т.к. при биопсии берут участки ткани, не имеющих ещё признаков злокачественного процесса.

Удельный вес догодичной летальности в 2007г., по сравнению с 1999г. снизился в г. Красноярске до 19,2% (1999г.-24,1%), по краю до 22,7% (1999г.-36,8%), что позволяет говорить об улучшении качества лечения больных раком гортани.

Таким образом наблюдается тенденция к «омоложению» рака в г. Красноярске и по краю, увеличивается процент больных с III и IV стадиями заболевания, и уменьшается количество органосохраняющих операций.

Данные результаты нам четко показывают существующую проблему современной диагностики рака гортани.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аксель Е.М., Двойрин В.В., Трапезников Н.Н. Статистика злокачественных новообразований в России и некоторых других стран СНГ, 1980-1991 гг. М.: 1993.
2. http://content.mail.ru/arch/arch_9554.html
3. <http://www.euromedicine.ru/ENTdiseases/cancerlarynxforms/>
4. http://www.medikk.ru/opuholi_gortani.htm

УДК 616.995.122.21 – 073.584

КОМПЬЮТЕРНЫЙ МОРФОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЯДРА И НУКЛЕОЛЯРНОГО АППАРАТА МОНОНУКЛЕАРНЫХ КЛЕТОК ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОПИСТОРХОЗОМ

Еськова Е. Е.

*Сибирский государственный медицинский университет
Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии*

Научный руководитель: д.м.н., проф. Ильинских Е. Н.

Известно, что десять акроцентрических хромосом человека (acrocentrics D- и G-групп) формируют ядрышко после выхода клетки из митоза. При этом нуклеогенез по существу определяется транскрипционной активностью рибосомных генов, локализованных в спутничных нитях или в ядрышкообразующих районах (ЯОР) акроцентриков. Активные ЯОР могут быть выявлены при световой микроскопии препаратов интерфазных клеток после обработки раствором нитрата серебра. В основе реакции лежит специфическое связывание ионов металла с нуклеоллярными кислыми негистоновыми белками, по-видимому, принимающими участие в транскрипции и процессинге прерибосомной РНК. Таким образом, размер, форма и число ядрышек являются важнейшими показателями уровня дифференцировки и функционального состояния клетки. В последние годы, в связи с появлением новых компьютерных технологий, возрос интерес к изучению субпопуляционной и функциональной гетерогенности клеток периферической крови в норме и при различной патологии, в частности при лейкозах. Наиболее часто метод выявления числа аргирофильных ЯОР применяется для оценки пролиферативной активности злокачественных клеток [2]. Вместе с тем, публикаций, посвященных морфометрическому анализу клеток крови при инфекционных заболеваниях крайне мало [1]. Целью настоящей работы было изучение с применением компьютерного анализа состояния нуклеоллярного аппарата и плотности конденсации хроматина в ядрах лимфоцитов периферической крови у больных хроническим описторхозом.

Мазки крови были получены от 5 больных с копроовоскопически подтвержденным диагнозом: хронический описторхоз, холангиохолецистит в стадии обострения. В качестве контрольной группы были обследованы 5 здоровых человек. Для выявления аргирофильных ЯОР и ядрышек в ядрах лимфоцитов был использован метод, предложенный W.M. Howell и D.A. Black [3]. Кроме того, мазки крови фиксировали и окрашивали по Романовскому-Гимзе. С помощью цифровой фотокамеры Panasonic DMC-LS70 с разрешением 7,2 мегапикселей, установленной на тубус светового микроскопа, было сделано 96 фотографии мононуклеарных клеток в мазках периферической крови, полученных от больных людей, и 90 изображения этих клеток, полученных от здоровых людей. Для анализа цифровых изображений клеток была использована специальная компьютерная программы ImageJ, позволяющая оценить 18 различных параметров клетки, клеточного ядра, ядрышка и содержания компактного хроматина в ядре. Статистический анализ полученных данных был осуществлен с использованием программы Excel с применением t-теста Стьюдента и коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

У больных описторхозом и у здоровых лиц определяли процентное содержание лимфоцитов, в ядрах которых отсутствовали ядрышки или были выявлены один, два или три и более Ag-позитивных ЯОР. У больных хроническим описторхозом, по сравнению с контролем, было установлено достоверное уменьшение числа Ag-отрицательных клеток (10,63% против 1,75%, $P<0,05$). Достоверных изменений в числе нуклеол в клетке между лимфоцитами больных и здоровых людей выявлено не было. Вместе с тем, в лимфоцитах больных описторхозом и в контроле были проанализированы форма и размеры Ag-позитивных ЯОР. В лимфоцитах периферической крови у больных описторхозом, по сравнению с контролем, было установлено значительное увеличение числа крупных гомогенных Ag-позитивных ЯОР (90,62% против 44,4%, $P<0,001$) и уменьшение числа мелких точечных Ag-позитивных ЯОР (9,37% против 77,7%, $P<0,001$). В ходе оценки площади Ag-позитивных ЯОР (площади ядрышка) и площади ядра клетки было установлено прямая корреляционная

зависимость между этими параметрами ($r=0,465$, $P<0,01$). В результате проведенного анализа все изученные изображения мононуклеарных клеток крови были разделены, в зависимости от площади ядра и с учетом ядерно-цитоплазматического соотношения, на 5 условных классов. К классу 1, классу 2 и классу 3 были отнесены узкоцитоплазматические лимфоциты с площадью ядра $29,62\pm 4,22$ мкм², $38,54\pm 4,08$ мкм² и $50,14\pm 3,38$ мкм² соответственно. В класс 4 входили среднецитоплазматические лимфоциты с площадью ядра $65,82\pm 9,44$ мкм². К классу 5 были отнесены большие широкоцитоплазматические лимфоциты и моноциты, имеющие площадь ядра $91,79\pm 13,42$ мкм². Достоверных различий в распределении клеток по классам между лимфоцитами периферической крови больных хроническим описторхозом и контролем обнаружено не было. Проведена оценка площади Ag-позитивных ЯОР в лимфоцитах всех 5 классов у больных описторхозом и у контрольных лиц. В лимфоцитах, относящихся к классам 1 и 2, у больных описторхозом было установлено наиболее значительное увеличение этого показателя, по сравнению со здоровыми людьми ($1,67\pm 0,68$ мкм² против $0,88\pm 0,23$ мкм², $P<0,01$; $2,268\pm 0,79$ мкм² против $1,139\pm 0,45$ мкм², $P<0,01$ соответственно). Подобные достоверные различия в площади Ag-позитивных ЯОР были установлены в лимфоцитах больных и здоровых людей, относящихся к классу 3 ($3,08\pm 0,7$ мкм² против $2,1\pm 0,7$ мкм², $P<0,05$), к классу 4 ($3,07\pm 0,71$ мкм² против $1,77\pm 0,62$ мкм², $P<0,01$) и к классу 5 ($3,61\pm 1,53$ мкм² против $2,13\pm 1,059$ мкм², $P<0,01$), что, по-видимому, свидетельствовало о реакции размера ядрышка и увеличения образования Ag-позитивных ЯОР в ответ на антигенную стимуляцию.

Кроме того, в ядрах лимфоцитов в препаратах окрашенных азур II-эозином анализировали общую площадь компактного хроматина (в мкм²), общее число и средний размер глыбок компактного хроматина (мкм) и долю компактного хроматина в общей площади ядра (в%). У больных описторхозом в ядрах лимфоцитов класса 2, по сравнению со здоровыми людьми, было установлено достоверное повышение площади компактного хроматина и его доли в общей площади ядра ($25,48\pm 10,28$ мкм² против $13,22\pm 7,76$ мкм², $P<0,001$; $58,39\pm 21,7$ % против $30,63\pm 17,38$ %, $P<0,001$ соответственно), которое происходило главным образом за счет увеличения среднего размера глыбок компактного хроматина в ядре клетки ($1,23\pm 0,803$ мкм против $0,53\pm 0,47$ мкм, $P<0,01$). В ядрах лимфоцитов класса 3 у больных описторхозом, по сравнению с контролем, также было установлено существенное увеличение площади компактного хроматина и его доли в общей площади ядра ($18,42\pm 9,98$ мкм² против $5,32\pm 1,84$ мкм², $P<0,001$; $33,14\pm 18,22$ % против $9,45\pm 4,03$ %, $P<0,001$ соответственно), которое происходило за счет увеличения среднего размера глыбок компактного хроматина в ядре клетки ($0,39\pm 0,26$ мкм против $0,18\pm 0,02$ мкм, $P<0,01$), а также числа этих глыбок ($3676,45\pm 675,53$ против $2109,5\pm 497,09$, $P<0,01$), что, по-видимому, свидетельствовало о снижении функциональной активности этих клеток у больных людей, поскольку компактный хроматин соответствует спирализованным малоактивным участкам гетерохроматина, в противоположность тонкодисперсному, агранулярному и функциональноактивному эухроматину. В ядрах лимфоцитов других классов существенных различий этих показателей между больными и здоровыми людьми установлено не было, что говорит о значительной функциональной гетерогенности иммунокомпетентных клеток.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шилов, Б. В. Компьютерный морфометрический анализ структуры ядер лимфоцитов периферической крови человека в норме и при Эпштейн-Барр вирусной инфекции в условиях *in vivo* и *in vitro* : Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Б. В. Шилов – Томск, 2001. – 16 с.
2. Nuclear organizer regions in lymphomas a quantitative study / H. Yekeler, M.R. Ozercan, A.Z. Yumbul et al // *Pathologica*. – 1993. – V. 85. – P. 353-360.
3. Howell, W.M. Controlled silver staining of nucleolus organizer regions with a protective colloidal developer: a one step method / Howell W.M., Black D.A. // *Experientia*. – 1980. – V. 36. P. 101-105.

УДК 616.314.11-085-089.28

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К РЕСТАВРАЦИИ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБА

Ефимов И. А., **орд. Орехова С. В.**

Алтайский государственный медицинский университет

Кафедры ортопедической стоматологии и терапевтической стоматологии

Научные руководители: к.м.н. асс. Полухин А. В., асс. Жукова Е. С.

Зубочелюстная система представляет собой сложную иерархическую функциональную систему, объединяющую различные органы и ткани (Копейкин В.Н., 1993). При этом очевидно, что утрата даже одного зуба, являющегося структурным элементом целой системы в организме должна приводить к ее перестройке, в силу существующей взаимосвязи формы и функции, обуславливает развитие и способствует усугублению патологического состояния в органах и тканях зубочелюстной системы.

Актуальность. На сегодняшний день основной причиной потери твердых тканей зуба является кариозный процесс. В своей практике врачи-стоматологи часто встречаются с ситуацией, когда не возможно восстановить дефект пломбой или покрыть зуб коронкой вследствие того, что отсутствует достаточное количество твердых тканей зуба, а за частую клиническая коронка зуба разрушена полностью.

По данным ВОЗ В России распространенность кариеса колеблется от 60 до 98 % в разных регионах страны. По данным исследований кафедры общей гигиены и основ экологии человека АГМУ, в 2006 году у 87% детей отмечается недостаток фтора, а кариес наблюдается у 84% детей.

Цель: Повышение эффективности реставрации зубов со значительным разрушением твердых тканей.

Задача: 1. Совершенствование методики восстановления анатомической формы зубов.

2. Повышение качества оказываемой стоматологической помощи населению.

Существует множество клинических методик восстановления эндодонтически пролеченных зубов. В некоторых аспектах они схожи, однако каждая имеет определенные преимущества, показания и противопоказания к применению. Объединяет их общая конечная цель, а именно восстановление потерянных твердых тканей зуба, а так же использование, в большинстве случаев, в качестве ретенционного элемента штифта.

Для этой цели применяются штифты из различных материалов:

1. Эластичные штифты (стекловолоконные, карбоволоконные)
2. Неэластичные штифты (керамические, металлические стандартные, индивидуальные (литые культевые вкладки))

По способу фиксации выделяются штифты: активные, полуактивные, блокируемые.

В настоящее время наибольшей популярностью пользуются две методики, первая из которых это прямая реставрация коронки зуба с использованием стекловолоконных или карбоволоконных штифтов и фотоотверждаемого материала (композита). Вторая - не прямая реставрация - восстановление культи зуба культевой-штифтовой вкладкой с последующим покрытием зуба коронкой. У обеих методик есть свои плюсы и минусы.

Плюсы прямой реставрации в основном определяется свойствами штифта, которые позволяют обеспечить надежную связь с адгезивом и композитом за счет наличия микроволокон на его поверхности, исключения перелома корня вследствие приближенной эластичности штифта к эластичности дентина и наконец, отсутствие коррозии, как в случае применения металлического штифта.

Из отрицательных сторон данной методики следует выделить отсутствие объемной стабильности реставрации, длительность манипуляций в полости рта пациента, что приводит к чрезмерной нагрузке на мышцы и ВНЧС, а так же отрицательными сторонами будут являться неудовлетворительные условия работы стоматолога - отсутствие полноценного доступа к зубу рабочим инструментом, наличие и постоянное подтекание ротовой жидкости, наличие рядом стоящих зубов. (Онопа Е.Н Тупикова Л.Н. Павликов Д.С.).

Не прямая реставрация лишена негативных моментов вышеуказанной методики, но при этом более трудоемка и требует от врача большей квалификации.

В свете последней тенденции к объединению ортопедических и терапевтических методик лечения, мы хотим предложить методику восстановления клинической коронки зуба - изготовление композитной реставрации на стекловолоконных и карбоволоконных штифтах из композита непрямым методом.

Диагностика, эндодонтическое лечение причинного зуба, калибровка каналов и формирование устьевой части с разгрузочной площадкой производится по общему принятым методикам. Далее после припасовки штифтов осуществляется снятие одноэтапного уточненного оттиска, с последующим изготовлением разборной модели. На дальнейшем этапе производится изоляция модели и поэтапное (методика модульного моделирования по Ломиашвили Л.М.) восстановление коронковой части зуба. Завершающим моментом лабораторных этапов является окончательное контурирование, шлифовка и полировка реставрации. Последующие манипуляции являются традиционными при припасовки и фиксации конструкции в полости рта. Данная методика позволяет изготавливать реставрации на много корневые зубы с запирающими штифтами.

При необходимости, возможно, проводить коррекцию цвета конструкции, путем удаления поверхностного слоя и замещения его необходимым по цвету материалом.

Выводы:

1. Данная методика позволяет эффективно восстанавливать коронковую часть зубов в труднодоступных местах (7, 8 моляры верхней и нижней челюстей) и равномерно распределять нагрузку на корневую систему зуба.
2. Отсутствие объемной усадки и возможность равномерного отверждения дает возможность более качественного изготовления реставрации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ломиашвили Л.М., Аюпова Л.Г. Художественное моделирование и реставрация зубов. - Москва. 2004
2. Салова А.В., Рехаев М.В. Особенности эстетической реставрации в стоматологии. – СПб, 2008
3. Тупикова Л.Н., Онопа Е.Н. Восстановление твердых тканей зубов с использованием штифтовых конструкций. - Барнаул, АГМУ-2006

УДК 616.1/4-085

СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Жабборова З. Б., Намозова Х. Ж.

*Бухарский государственный медицинский институт им. Авиценны
Кафедра пропедевтики внутренних болезней*

Научный руководитель: д.м.н., проф. Захидова М. З.

Согласно современным представлениям, синдром раздраженного кишечника является биопсихосоциальным функциональным расстройством кишечника, в основе которого лежит взаимодействие двух основных механизмов: психосоциального воздействия и сенсоромоторной дисфункции, т.е. нарушения висцеральной чувствительности и двигательной активности кишечника [1,3]. Синдром раздраженного кишечника (СРК) не является самостоятельным заболеванием, а представляет собой расстройство пищеварения в кишечнике, не связанное с непосредственным поражением самого кишечника [3].

По определению (Р. Раппорт, 1999), СРК - это комплекс функциональных расстройств на протяжении 3-х месяцев, включающий в себя боли, ощущение дискомфорта.

Распространенность синдрома раздраженного кишечника в большинстве стран мира велика и составляет 15 - 20%, при том что 2/3 лиц, испытывающих симптомы СРК, к врачам не обращаются. Пик заболеваемости приходится на молодой трудоспособный возраст - 30 - 40 лет. Соотношение женщин и мужчин колеблется от 1:1 до 2:1. Среди мужчин «проблемного» возраста, после 50 лет, Синдром раздраженного кишечника распространен так же часто, как среди женщин. Средний возраст пациентов составляет 24 - 41 год. Появление признаков заболевания после 60 лет ставит под сомнение диагноз Синдрома раздраженного кишечника. У таких пациентов следует исключить колоректальный рак, дивертикулез, полипоз и другие органические заболевания кишечника [3].

Материалы и методы. У обследованных 32 детей, госпитализированных в детское гастроэнтерологическое отделение областной детской больницы по поводу заболеваний органов пищеварения изучены: генеалогический и аллергологический анамнез, история заболевания и развития ребенка, проведен анализ данных клинико-параclinical исследований. Под наблюдением находились дети от 6 до 16 лет. Преобладающей группой были подростки от 10 до 14 лет (18 детей), что составило 56% обследованных. Старше 14 лет было 9 детей (28%). Меньшую часть составили дети от 5 до 9 лет

(16%). При небольшом преимуществе СРК регистрировался у мальчиков (52%). Для исключения органической патологии, которая дает сходную клиническую симптоматику (хронические заболевания кишечника, панкреатическая диспепсия, инфекционные энтероколиты, целиакия и т.д.), в обязательном порядке проводились исследования биохимии крови, развернутый анализ крови, копроскопия, УЗИ брюшной полости, бактериологическое исследование кала, дуоденальное зондирование (позволяющее исключить лямблиоз), эндоскопия слизистой желудка, двенадцатиперстной кишки и дистального отдела кишечника, исследование биоценоза кишечника. Обращали внимание на отсутствие симптомов тревоги: лихорадка, примесь крови в кале, кишечные расстройства, прерывающие ночной сон, похудание за короткий период времени, анемия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ.

Результаты и их обсуждение. Синдром раздраженного кишечника в настоящее время рассматривается как одно из типичных психосоматических заболеваний, имеющих особое отношение к стрессовым ситуациям. Течение болезни у преобладающего большинства детей находилось в прямой связи от стресса. Невротические и истерические реакции наблюдались у большинства детей (59%), агрессивное поведение встречалось у подростков из социально неблагополучных семей. Для многих больных (76%) были характерны слабость и повышенная утомляемость. Типичная картина СРК возникала у пациентов, как правило, после еды. Доминировали боли в животе, без четкой локализации (71%), но 1/3 больных настойчиво жаловались на боли в левой половине живота и над пупком. Характер болей в животе от ноющих в нижнем отделе живота (22%) до приступообразных болей (63%). У подавляющего большинства больных (63%) боли в животе были непродолжительными по характеру, по повторяемости в течение дня несколько раз, в том числе и без связи с приемом пищи или опорожнением кишечника в 29% наблюдений. У подавляющего большинства детей болевой синдром ослабевал после отхождения газов. Из диспептических нарушений чаще наблюдалась тошнота (45%). Снижение аппетита, отрыжка имела место у всех детей с сочетанной патологией гастродуоденальной зоны и желчевыводящей системы. Неустойчивый стул отмечался в половине случаев. Одинаково часто отмечалось сочетание запоров и послабление стула. При наличии запоров кал по типу овечьего также был характерным для детей младшей возрастной группы (от 5 до 9 лет). Сочетание запоров и поносов с дизурическим синдромом без каких-либо изменений мочи оказалось довольно частым явлением у девочек (31%). Жирная и калорийная пища вызывала особенно выраженный гастроколитический синдром. Тщательно соблюдаемая диета к 5-6 дню приносила заметное улучшение со стороны ребенка. При эндоскопическом исследовании изменения со стороны верхнего отдела пищеварительного тракта были выявлены у 83% больных. У 76% обследованных регистрировался гастродуоденит. Преобладающей формой поражения желудка и двенадцатиперстной кишки по результатам эндоскопического исследования являлась гипертрофическая (24%), характеризующаяся деформированными, утолщенными складками слизистой оболочки. У большинства этих детей в антральном отделе желудка воспаление слизистой оболочки было выраженным в виде «бульжной мостовой». У каждого третьего ребенка при эндоскопии регистрировался дуоденогастральный рефлюкс и наличие желчи в полости желудка. Присутствовали и жалобы детей на изжогу, чувство горечи во рту. Результаты исследования кислотообразующей функции желудка методом экспресс pH-метрии свидетельствовали о том, что у всех больных атрофическим дерматитом имеет место дисфункция, но без какой-либо закономерности. Повышение кислотности желудочного содержимого отмечено у 12 детей (37,5%), сохраненная кислотообразующая функция - у 12 (37,5%), пониженное кислотообразование у 8 (25%). При ректороманоскопии определялась неизменная слизистая прямой и сигмовидной кишок. Наличие слизи на фоне неизменной слизистой оболочки встречалось гораздо чаще ($p < 0,05$) у детей с выраженным абдоминальным синдромом и поносами. Более чем у половины обследованных детей выявлена сопутствующая патология желчевыводящих путей. Так фракционное дуоденальное зондирование, проведенное у всех больных, установило нарушение сократительной функции желчного пузыря и сфинктерного аппарата желчевыводящих путей в 100% исследований.

У 5 детей (15,6%) причиной нарушения желчеотделения послужили врожденные аномалии развития желчного пузыря (перетяжки, перегибы в шейке). Дисбиотические нарушения отмечали у всех обследованных детей. Лечение больных проводилось с позиции понятия о влиянии многих факторов, обуславливающих формирование СРК. Первоопределяющим в терапии было назначение современных лекарственных средств, воздействие на психоэмоциональную сферу. Важным было установить полное взаимопонимание с больным и родителями, подробно опросить их об условиях жизни, питания, микроклимате семьи, выяснить, что является травмирующим фактором. При наличии диарейного синдрома назначали имодиум (лоперамид) в уменьшенной дозировке (из расчета 4 мг на 20 кг массы тела в сутки). Положительный эффект получен у всех больных, получавших лоперамид.

При доминировании в клинической картине СРК запоров диетические рекомендации касались обогащения пищевого рациона балластными веществами (пшеничные отруби), способствующими опорожнению кишечника, служащие сорбентами.

Из лекарственных препаратов, нормализующих частоту стула у пациентов с СРК, проявляющимся запорами, рекомендуют применять прокинетики цизаприд (координакс) – детям в дозе 200 мг/кг 3-4 раза в сутки.

Из 5 пациентов с наличием таких симптомов, как запоры, абдоминальные боли, вздутие живота, урчание в кишечнике, чувство неполного опорожнения кишечника, с 4-го приема препарата запоров не было у 3 детей, у 2 - стул стал чаще, чем 3 раза в неделю.

Достаточно хороший эффект при запорах оказывает лактулоза - синтетический дисахарид, который в толстой кишке расщепляется молочнокислыми бактериями с образованием молочной кислоты, с закислением внутрикишечной среды, высоким осмотическим эффектом и усилением моторно-эвакуационной функции толстой кишки.

Нормализация микрофлоры кишечника требовала длительной терапии пробиотиками (бифидумбактерин, бификол, бифидокефир), травами, а также патогенетического лечения заболеваний желудка, двенадцатиперстной кишки, печени и желчного пузыря, поджелудочной железы.

Таким образом, в настоящее время достигнуты большие успехи, как в диагностике и обосновании СРК, так и в разработке достаточно широкого спектра методов лечения, направленных на все патогенетические механизмы этого гастроэнтерологического заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Запруднов А. М., Харитонов Л. А. // Мед. помощь.-1993.-№ 2.-С. 13-18.
2. Златкина А. Р. // Тер. архив.-1997.-№ 2.-С. 68-71.
3. Ивашкин В. Т. // Росс. журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии.-1993.-№ 3.-С. 27-31.
4. Шептулин А. А. // Клин. медицина.-1997.-№ 9.-С. 26-29.

ЭНДОКРИННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ С ГЕНДЕРНЫХ ПОЗИЦИЙ**Жалилова Ж. Ж., Бабажанова З. Х., Бафасев Ж. Т.***Бухарский государственный медицинский институт им. Авиценны
Кафедра факультетской и госпитальной терапии с курсом эндокринологии***Научный руководитель: к.м.н., доц. Болтаев К. Ж.**

В Республике Узбекистан отмечается постоянный рост и “омоложение” эндокринных заболеваний. Одновременно изменилась и структура болезней эндокринной системы. Отставание физического развития, вплоть до нанизма, является общим признаком многих эндокринных и неэндокринных заболеваний. Распространенность эндокринных заболеваний в Узбекистане среди детей и подростков до настоящего времени изучена недостаточно. Среди различных эндокринопатий значительное место (68,5%) занимает эндемический зоб. С возрастом частота этого заболевания возрастает. У мальчиков максимально она возрастает к пубертатному периоду, у девочек она продолжает увеличиваться и с наступлением полового созревания [1,2]. По уровню распространенности зоба вся территория Узбекистана перешла в настоящее время в очаг эндемического зоба. Кроме эндемического зоба, среди детей и подростков в Узбекистане наблюдается ожирение (37 из 1000), субнанизм (21,4), крипторхизм (23,9), нанизм (3,3), гипотиреоз, сахарный диабет, несахарный диабет [3].

Цель. Изучение заболеваний эндокринной системы с гендерных позиций в семейной поликлинике №4 г. Бухары.

Материалы и методы. Форма диспансерного учета, квартальные, полугодовые и годовые отчеты. Все больные, состоящие на учете с эндокринологическими заболеваниями были изучены по возрастному и половому (гендерному) признаку. Все больные были разделены на три возрастные группы: от 0 - 14 лет - дети, от 15 - 17 лет - подростки, с 18 и старше - взрослые.

Результаты и обсуждения. Общее количество эндокринологических больных за 2007 год - составило 4591. Из них 3812 женщин и 779 мужчин. Наибольший процент заболеваний занимает женский пол.

Из таблицы-1, видно, что наиболее часто встречаемыми заболеваниями являются: диффузный зоб, отставание физического развития, инсулиннезависимая форма сахарного диабета, ожирение.

Таблица 1

Структура эндокринологических заболеваний

№	Заболевания	Абс.	%
1.	Сахарный диабет инсулинозависимая форма	52	1,1
2.	Сахарный диабет инсулинонезависимая форма	151	3,3
3.	Несахарный диабет	5	0,1
4.	Диффузный зоб	3808	82,9
5.	Узловой зоб	12	0,3
6.	Смешанный зоб	12	0,3
7.	Диффузно-токсический зоб	32	0,7
8.	Гипотиреоз	20	0,46
9.	Врожденный гипотиреоз	1	0,02
10.	Аутоиммунный тиреоидит	2	0,04
11.	Гипофизарный нанизм	1	0,02
12.	Аденома гипофиза	5	0,1
13.	Ожирение	129	2,8
14.	Отставание физ.развития	336	7,3
15.	ДМТ	6	0,16
16.	Гинекомастия	19	0,4
	Всего:	4591	100

По гендерному признаку: инсулиннезависимым (15,8%) и инсулинозависимым (46,8%) диабетом больше страдают женщины.

Диффузный зоб I - II степени встречается во всех возрастных категориях, и в большей степени среди женского пола (26,9%). Диффузный зоб III – IV степени встречается только у взрослой категории и только у женщин (43,9%). Смешанным и узловым зобом страдает взрослое население, наибольший процент в обоих видах занимают женщины (16,7%). Диффузно - токсическим зобом и аутоиммунным зобом также страдает взрослое население, при этом в основном также женщины (7,3%). Гипотиреозом страдают в основном женщины (6,2%). Среди детского и подросткового данные патологии не встречаются. Гипофизарный нанизм встречается у мальчиков, тогда как аденома гипофиза у женщин взрослого населения.

Ожирение встречается во всех возрастных группах. При этом наибольший процент заболеваемости занимает женский пол (28,7%). Отставание физического развития может наблюдаться только в детской и подростковой группах (34,8%), при этом в основном страдает мужское население.

Гинекомастией страдают 0,4% эндокринологических больных и данная патология встречается только у мужчин

Выводы:

1. Заболеваниями эндокринной системы страдают в основном женское население. По возрастным группам первое место занимают взрослые, подростки и дети соответственно. Наиболее часто встречаемыми заболеваниями являются: диффузный зоб, отставание физического развития, инсулиннезависимая форма сахарного диабета, ожирение.

2. Среди эндокринологических заболеваний наибольший процент встречаемости среди взрослого населения женского пола являются: сахарный диабет, смешанный и узловой зоб, диффузно - токсический зоб, аутоиммунный зоб, гипотиреоз, а также аденома гипофиза.

3. Среди мужчин наблюдаются в основном несхарный диабет, врожденный гипотиреоз, гипофизарный нанизм, отставание физического развития.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шилова Л.С, Копина О.С. Различия в самосохранительном поведении мужчин и женщин //Отношение населения к здоровью. М.: Институт социологии РАН, 1993;
2. Корхова И.В. Гендерные аспекты здоровья //Народонаселение. 2000. №2;
3. Григорьева Н.С. Гендерные измерения здравоохранения // Теория и методология тендерных исследований. Курс лекций.

УДК 616.24-002.5-091.8

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПАТОЛОГОАТОМИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА

Жарылганов М. М.

*Карагандинская государственная медицинская академия
Кафедра патологической анатомии, судебной медицины с курсом гистологии*

Научный руководитель: д.м.н., проф. Тусупбекова М. М.

Актуальность темы: В настоящее время туберкулез признан ВОЗ глобальной проблемой, наносящей колоссальный экономический и биологический ущерб, оказывающей влияние на качество жизни. В последние годы отмечается увеличение удельного веса тяжелых форм поражения легких с распространенными казеозно-некротическими изменениями, распадом и формированием каверн.

Традиционное представление о тканевых реакциях при туберкулезе как о гранулематозном воспалении претерпело изменение и отличается большим разнообразием, что имеет причинно-обусловленную взаимосвязь с состоянием реактивности организма, биологическими особенностями возбудителя и социально-экономическими факторами, частым сочетанием нескольких патологических процессов взаимоотягощающих течение основного заболевания.

Известно, что острая респираторная вирусная инфекция обычно протекает с поражением верхних дыхательных путей, но при снижении иммунитета часто сопровождается распространением воспалительного процесса на паренхиму легкого с развитием вирусной или же вирусно-бактериальной пневмонии, что часто становится первопричиной смерти больных туберкулезом легких, способствует развитию легочно-сердечной недостаточности.

Увеличение заболеваемости и смертности от туберкулеза является результатом действия многих факторов, которые можно сгруппировать следующим образом: патоморфоз микобактерий туберкулеза; бесконтрольное использование антибиотиков; устойчивость к лекарственным препаратам (мутации генов); нерациональная комбинация антитуберкулезных средств; недостаточный уровень концентрации противотуберкулезных препаратов в ткани-мишени; недостаточное курсовое лечение; недостаточный уровень медицинской подготовки; неблагоприятные социально-экономические факторы; «Хроническая усталость организма» психо-эмоциональные стрессы; при вторичном туберкулезе: с реактивацией процесса и суперинфекции; вторичные иммунодефицитные состояния (ВИЧ-инфекция и наркомания); специфический контингент больных [3,5,8].

Цель исследования: Клинико-морфологические особенности деструктивных форм туберкулеза легких.

Задачи исследования:

- 1) Изучить факторы риска заболеваемости и смертности туберкулезом;
- 2) Особенности течения различных клинико-морфологических форм туберкулеза и сочетанной патологии по материалам патологоанатомического исследования;
- 3) Клинико-морфологические особенности деструктивных форм туберкулеза легких.

Материалы и методы исследования: Осуществлен ретроспективный анализ 521 протокола аутопсий, проведенных в патологоанатомическом отделении Областного объединения «Фтизиатрия» г. Караганды в период 2001-2005 годы. Патоморфологическое исследование проводилось согласно общепринятым требованиям и рекомендаций вскрытия трупов при инфекционных заболеваниях. Материал, полученный при аутопсии, фиксировали 10% растворе нейтрального формалина, далее проводили по общеизвестной методике для гистологических исследований, срезы окрашивали гематоксилином и эозином

Результаты исследования и их обсуждение: На основании ретроспективного анализа протоколов аутопсий выявлены следующие факторы, индуцирующие фиброзно-кавернозные (деструктивные) формы туберкулеза легких: 1. Неблагоприятные социально - экономические условия – 66,6% больных проживали в неудовлетворительных условиях, 9,2 % вообще не имели постоянного места жительства, 60% больных нигде не работали, причем 39,9 % являлись инвалидами 1 и 2 групп по туберкулезу. 2. Социальная дезадаптация – 33,1 % больных до поступления в стационар отбывали различные по продолжительности сроки наказания в виде лишения свободы в исправительно-трудовых учреждениях, 3,4% были активированы по болезни (туберкулез) из мест лишения свободы. 3.Нарушения лечебно-охранительного режима в ЛПУ - в 4,7% случаев больные самовольно покидали стационар, прерывая назначенный режим ДОТС или ДОТС+, тем самым практически сводя на «нет» химиотерапевтический эффект противотуберкулезных препаратов и создавая благоприятные условия для формирования новых мультирезистентных штаммов. 4.Курение – наблюдалось в 98(!)% случаев. 5.Патология органов бронхолегочной системы. Среди них можно выделить: а) Наличие острых респираторных вирусных инфекций морфологически проявившихся серозно-десквамативной пневмонией с гигантоклеточной трансформацией наблюдалось в 9,2% случаев; б) Хронические неспецифические заболевания легких. В 19,2% случаев наблюдался хронический бронхит с развитием пневмосклероза и обструктивной эмфиземой легких, множественные бронхоэктазы; в) Пневмонии, вызванные банальной флорой (преимущественно стафилококками и стрептококками) имели место в 6,2%

случаев; г) Наличие врожденных пороков развития системы органов дыхания (гипоплазии, дисплазии), вызывающих нарушения в комплексе защитно-приспособительных реакций бронхолегочной системы наблюдались в 1,2% случаев; д) Муковисцидоз – отмечался в 20% наблюдений. 6.Наличие очагов хронического вирусного и бактериального воспаления внелегочной локализации, которые, безусловно, снижали и без того невысокие реакции иммунного ответа: в 12,4 % случаев наблюдался хронический гепатит, в 30,5% - хронический пиелонефрит. 12,6% всех наблюдений диагностировалась патология желудочно-кишечного тракта, как хронический гастрит, хронический панкреатит, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, в 5,4% случаев был выявлен кандидамикоз ротоглотки. 7.ВИЧ – инфекция диагностирована в 2,9% всех умерших. 8.Психические и поведенческие расстройства, обусловленные приемом алкоголя – 17,8% случаев. 9.Психические и поведенческие расстройства, обусловленные приемом наркотических веществ (в основном, опиаты) – 15,1% случаев. 10.Наличие психических заболеваний: в 5,6% случаев наблюдались органическое поражение головного мозга с галлюцинаторным синдромом и со слабоумием, олигофрения средней и выраженной степеней дебильности, непрерывно-текущая шизофрения, эпилепсия. Такие больные не могли осознавать всей серьезности своего заболевания и необходимости регулярного лечения.

Таким образом, для современного туберкулеза характерно снижение специфических признаков туберкулезного воспаления, преобладание альтеративной реакции и фазы экссудации и ослабление, а в ряде случаев и отсутствие продуктивной тканевой реакции. Установлено частое сочетание нескольких патологических процессов взаимоотягощающие течение основного заболевания. Как сочетанные инфекционные заболевания с туберкулезом легкого диагностированы следующие нозологические формы: острые респираторные вирусные инфекции 4,4% случая, хронический гепатит не выявленной этиологии в 3,7% наблюдениях, ВИЧ-инфекция в стадии собственно СПИД диагностирована у 2,3% больных, хронический активный вирусный гепатит обнаружен у 0,5% пациентов, эхинококк печени и сифилис по 1 наблюдению, что составляет 0,2%. При сочетании двух и более нозологических форм как правило, развиваются осложнения, отягощающих течение основного заболевания, как туберкулез легкого, в частности, развитие вторичного иммунодефицитного синдрома.

Как правило, у больных на фоне факторов, индуцирующих фиброзно-кавернозные (деструктивные) формы туберкулеза легких у большинства имел место поликавернозный процесс с поражением обоих легких в 53% случаев. Гигантские каверны встречались на фоне выраженного фиброза у 27,8%. При морфологическом исследовании легочной ткани отмечалось сочетание бронхоэктазов с интерстициальным склерозом, участки эмфиземы, очаги пневмонии, ателектаза, т.е., наряду со специфическими изменениями, выявлялись неспецифические поражения легких. В большинстве случаев каверна не закрывается и не прекращается бацилловыделение, присутствуют L – формы, что говорит о патоморфозе микобактерии туберкулеза и мультирезистентность к лекарственным препаратам.

Ретроспективный анализ материала аутопсий показал, что у умерших от туберкулеза легких диагноз острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) не был диагностирован клинически ни в одном случае, что говорит о недостаточной оценке и интерпретации проявлений вирусной инфекции на фоне специфического туберкулезного процесса. При этом надо полагать, что ОРВИ отягощает течение туберкулеза, снижает уровень иммунного ответа и усиливает общую интоксикацию и способствует развитию ряда осложнений в связи с иммунодефицитным состоянием. Развитие вторичного иммунодефицита с поражением органов иммуногенеза отмечено в 85,6% наблюдений. Средний возраст больных составил 41,3 года. Соотношение мужчин/женщин 1:1. Среди клинко-анатомических форм как сочетанные заболевания чаще диагностировали фиброзно-кавернозную форму туберкулеза в 30,4%, далее с одинаковой частотой обнаруживались диссеминированная форма и инфильтративная форма туберкулеза по 21,7% и 8,7% - очаговый туберкулез. Туберкулезный лимфаденит, кавернозная и милиарная форма заболевания диагностировались также с одинаковой частотой по 4,4% случаев, туберкулома – в 4,3% наблюдений. Следует отметить, что при патоморфологическом исследовании в 92,9% случаев туберкулезный процесс находился в стадии обострения с преобладанием альтеративной и экссудативной тканевой реакции.

Выводы:

1. Отмечается увеличение частоты фиброзно-кавернозных форм туберкулеза легкого, сопровождающийся деструкцией легочной ткани с массивным бактериовыделением, плохо поддающиеся противотуберкулезной терапии.
2. Картина патоморфологических проявлений типичных для туберкулеза характеризуется патоморфозом, что способствует увеличению заболеваемости и смертности от туберкулеза.
3. Патоморфологической особенностью современного туберкулеза является снижение классических специфических признаков туберкулезного воспаления, что характеризуется преобладанием альтеративной и экссудативной фазы воспаления в виде казеозного некроза с резким ослаблением продуктивной тканевой реакции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ариэль Б.М., Елькин А.В., Басек Т.С. и др. Морфологические особенности фиброзно-кавернозного туберкулеза легких на операционном материале // Архив патологии. - 2004. - №1. - С. 14-18.
2. Карачунский М.А. Туберкулез при ВИЧ-инфекции // Пробл. туб. - 2000. - № 1. - С. 47-52.
3. Костылева О.А., Тусупбекова М.М., Дивакова Е.С. Патоморфоз туберкулеза легких по данным анализа протоколов аутопсий «ООО Фтизиатрия» г.Караганды. // Инновационные технологии в медицине и фармации. – 2008. - С.182-184
4. Семенцов И.Я. Туберкулез у ВИЧ- инфицированных больных // Пробл. туб. - 2000. - № 2. - С. 48-49.
5. Серов В.В. Учение о патоморфозе: прошлое и настоящее. // Москва. – Архив патологии. -1997. - № 2. Материалы 1 съезда российского общества патологоанатомов.
6. Сомина Т.Ю., Худзик Л.Б. Иммуно- патогенетические механизмы в течение туберкулезной инфекции // Пробл. туб. - 2001. - № 8 - С.32-34.
7. Тусупбекова М.М., Савченко В.Л., Костылева О.А., Полозук Н.А. Особенности патоморфологии современного туберкулеза легких по материалам аутопсий. // Медицинский журнал Западного Казахстана. – 2004. № 2-3. – С.59-64
8. Тусупбекова М.М., Савченко В.Л., Костылева О.А. Туберкулез легких и сочетанные инфекции. // Центрально- Азиатский медицинский журнал. IV международный конгресс пульмонологов Центральной Азии. -2004 том X, приложение 3. С.111
9. Тусупбекова М.М., Костылева О.А. Структурные особенности фиброзно-кавернозного туберкулеза легких. // Сборник трудов III конгресса Евро-Азиатского респираторного общества.-2007.-С.147-148

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА АНЕМИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Жарылкасынова Г. Ж., Шаджанова Н. С., Мансурова Н. А.

Бухарский государственный медицинский институт им. Авиценны

Кафедра подготовки врачей общей практики

Научный руководитель: академик РАМН Бахрамов С. М.

Современная демографическая ситуация характеризуется общим старением населения и ростом долей лиц старше 60 лет, что способствует увеличению числа больных пожилого и старческого возраста [1]. В структуре заболеваний пожилого и старческого возраста анемия занимает ведущее место, выдвигая данную группу лиц в группу риска по развитию дефицита железа [2].

Цель исследования: определить частоту и структуру анемических состояний у лиц пожилого возраста.

Материалы и методы исследования. Для изучения частоты и структуры анемических состояний методом случайного бесповторного отбора обследовано 325 лиц пожилого возраста в возрасте от 65-74 лет (медиана возраста-69,5 лет), в том числе 120 мужчин и 205 женщин, постоянно проживающих в Бухарском вилояте. Уровень гемоглобина определяли гемиглобинцианидным методом, как описано (В.Г. Михайлов и др., 1986). Определение железа в сыворотке крови проводили батофенантролиновым методом с использованием коммерческих наборов Био-Ла-Тест «Железо» фирмы «La-schema» (Чехия). Определение меди в сыворотке крови проводили с использованием батокупреина в качестве цветореагента, применяя коммерческие наборы Био-Ла-Тест «Медь» фирмы «La-schema» (Чехия). Определение содержания трансферрина в сыворотке крови проводили иммунохимическим методом с использованием кроличьих антисывороток против трансферрина человека. Количественный анализ изотрансферринов в сыворотке крови проводили как описано (Г.Б. Маликова, 2007), применяя метод двумерного иммуноэлектрофореза в геле агарозы. Коэффициент насыщения трансферрина железом рассчитывали по методике описанной (Ю.К. Джаббарова и др., 1986). Определение ферритина в сыворотке крови проводили с использованием коммерческих наборов для иммуноферментного анализа этого белка. Иммунохимическое определение медьтранспортного белка церулоплазмينا в сыворотке крови проводили, как описано (О.А. Маматхонов и др., 2006). Обработку полученных результатов проводили с использованием методов вариационной статистики с определением средней арифметической вариационного ряда (М), средней ошибки средней арифметической (m), достоверности разницы средних величин.

Результаты и обсуждение. В таблице 1 показана частота и структура анемии, выявляемые у обследованных пожилых мужчин и женщин.

Таблица 1

Частота и структура анемий у лиц пожилого возраста-мужчин и женщин

Формы анемии	Лица пожилого возраста			
	мужчины		женщины	
	n	%	n	%
Железодefицитная анемия	40	33,3	75	36,6
Сочетанная вит В12- и фолиеводефицитная анемия	37	30,8	81	39,5
Сочетанная анемия, обусловленная дефицитом железа и др. микроэлементов, вит В12 и фолата	34	28,3	38	18,5
Сочетанная анемия, обусловленная дефицитом железа и др. микроэлементов, вит В12, фолата и белка	9	7,5	11	5,4

Как видно из представленной таблицы, у обследованных пожилых мужчин в структуре выявленных форм анемий преобладает классическая ЖДА, из общего количества обследованных (n-120) она выявлена у 40 или в 33,3%, витаминodeфицитная анемия, обусловленная сочетанным дефицитом гемопозитических витаминов, она выявлена у 37 или в 30,8%, анемия, обусловленная сочетанным дефицитом железа, других гемопозитических микроэлементов и витаминов, выявлена у 34 или в 28,3% и анемия, обусловленная сочетанным дефицитом микроэлементов, витаминов и белка выявлена у 9 обследованных пожилых мужчин или в 7,55. У обследованных пожилых женщин (n-205) в структуре анемий преобладает витаминodeфицитная анемия, она выявлена у 81 женщины или в 39,5%, ЖДА обнаружена была у 75 женщин или в 36,6%, сочетанная форма анемии, обусловленная дефицитом железа, других микроэлементов и витаминов выявлена у 38 или в 18,5% и у 11 пожилых женщин или в 5,4% была выявлена сочетанная анемия, обусловленная дефицитом всех гемопозитических факторов-железа, микроэлементов, витаминов и белка. Как видно из представленной таблицы в структуре анемий явно преобладают анемии- ЖДА и витаминodeфицитная анемия, что, вероятно, объясняется широкой распространенностью хронических заболеваний органов пищеварения в этот хронологический период времени. Обращает на себя и тот факт, что у обследованных и мужчин и женщин пожилого возраста выявляется феномен, так называемой полидефицитной анемии, т.е. анемии, обусловленной сочетанным дефицитом всех нутритивных гемопозитических факторов, а именно железа и других гемопозитических микроэлементов, витаминов и белка, составляющей у обследованных мужчин и женщин соответственно 7,5 и 5,4%, что безусловно требует специфических подходов к диагностике, терапии и профилактике такой формы анемии.

Выводы. Для лиц пожилого возраста характерно развитие полидефицитной анемии, частота которой у мужчин составляет – 7,5%, у женщин – 5,4%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дворецкий Л.И. Анемия у пожилых людей // 60 лет - не возраст: Приложение к журн. "Будь здоров". - Москва, 2001. - №5. - С.12-17.
2. Бахрамов С.М., Болтаев К.Ж., Жарылкасынова Г.Ж., Ильхамова Г.М. Пожилой возраст и гемопатии // Ibn Sino. - Ташкент, 2002. - № 1-2. - С. 73.
3. Ania B.J., Suman V.J., Fairbanks V.F. et. al. Incidence of anemia in older people: an epidemiologic study in a well defined population / J.Am.Geriatr.Soc. - 1997, - Vol. 45, - P. 825-831.
4. Multivitamin/mineral food supplements containing vitamin B12 may also contain analogues of vitamin B12. / Herbert V., Drivas G., Foscaldi R., et al // N Engl J.Med. - 1982. -Vol. 299-307. - P. 255-256.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕЛЕЙ И СОДЕРЖАНИЯ ОБЩЕВРАЧЕБНОЙ ПОДГОТОВКИ НА ЭТАПЕ ДОДИПЛОМНОГО ОБУЧЕНИЯ

Жарылкасынова Г. Ж., Мансурова Н. А., Бафаев Ж. Т., Исломова Г. Х.

Бухарский государственный медицинский институт им. Авиценны

Кафедра подготовки врачей общей практики

Научный руководитель: д.м.н., проф. Шарипова Н.Д.

В Республике Узбекистан существуют предпосылки, которые, с одной стороны способствуют реформе медицинского образования, а с другой стороны - тормозят эти реформы. В соответствии с общей ситуацией, сложившейся в здравоохранении, в системе медицинского образования принципиальное значение приобретает согласованный единый подход к разработке общенациональных стандартов качества подготовки специалистов на всех этапах системы медицинского образования. В то же время, новый подход должен принципиально отличаться от сохранившегося пока единообразия, при котором все медицинские вузы скованы единым унифицированным учебным планом. В чем же заключаются недостатки существующего до настоящего времени единообразия? Дело в том, что в течение долгого периода документа, четко определяющего конечные цели обучения в медицинском ВУЗе никогда не было. Игнорирование научно обоснованных подходов к определению целей и содержания обучения привело к резкому усилению влияния субъективных факторов при разработке учебных планов и программ. Многолетние попытки выпускать из медицинских ВУЗов готовых к практической деятельности «квалифицированных» специалистов к успеху не привели. Таким образом, возможности старой образовательной системы и соответствующей концепции информационного обучения, рассчитанные на большие контингенты студентов, оказались практически исчерпанными.

Пересмотр концепции медицинского образования с методической точки зрения предполагает в первую очередь конкретизацию конечных целей и содержания обучения. Впервые цели обучения в новом поколении квалификационных характеристик представлены в виде системы видов деятельности и составляющих их профессиональных и социально - профессиональных задач, подготовка к решению которых должна быть обеспечена содержанием, формами и методами учебного процесса. Структуру новой квалификационной характеристики врача-выпускника составляют три части:

первая общегосударственная часть включает виды деятельности и задачи специалиста на этапе общепрофессиональной общеврачебной подготовки; эта часть должна быть обязательна для всех медицинских ВУЗов страны. В то же время, на этапе общеврачебной подготовки каждый медицинский ВУЗ должен получить право разработать и утвердить на своем ученом совете дополнение к общегосударственной части квалификационной характеристики с учетом возможностей и традиций ВУЗа, особенностей краевой патологии и т.д.; этот фрагмент составляет варибельную, дополнительную часть квалификационной характеристики.

Третья часть квалификационной характеристики касается целей обучения на этапе первичной дипломной специализации и также утверждается решением ученого совета ВУЗа. Таким образом, централизованно в национальном масштабе должны задаваться только стандарты подготовки. Технология обучения должна определяться самим медицинским ВУЗом с учетом определенных методологических принципов.

Первой особенностью квалификационных характеристик нового поколения является их конкретность:

- конкретные виды деятельности;
- конкретные профессиональные задачи;
- конкретные нозологии;
- конкретные состояния.

За период обучения в медицинском ВУЗе нельзя объять необъятное, поэтому следующая особенность документа - разные уровни компетенции студента при решении профессиональных задач по разным нозологиям и состояниям:

- по одному перечню нозологии нужно уметь поставить диагноз и назначить лечение;
- по другому перечню - заподозрить поставить экстренную помощь больному или пострадавшему;
- по третьему перечню - заподозрить, поставить предварительный диагноз и направить к специалисту.

Третья особенность - диагностичность новых квалификационных требований. Это позволяет провести объективный контроль достижения целей по завершении общеврачебного этапа вузовской подготовки будущего врача, что будет реализовываться с помощью формируемого в настоящее время фонда комплектов квалификационных заданий с эталонными подходами к их решению.

В результате потребуются государственные экзамены, а следовательно, и всей системы контроля: не пересказ знаний - сведений, а решение профессиональных задач с использованием знаний специальных и базисных медико-биологических и общетеоретических дисциплин.

Таким образом, квалификационные характеристики нового поколения обеспечивают конкретные цели общеврачебной подготовки студентов. Из них логично вытекает содержание обучения;

- для специальных дисциплин это конкретные нозологии и состояния, включенные в квалификационные характеристики по конкретным видам деятельности;
- для остальных дисциплин цели и содержание обучения в значительной мере определяют специальные дисциплины, выступающие в роли «заказчиков» конкретных знаний и умений к своим базисным дисциплинам, которые обязаны обеспечить необходимый уровень этих знаний и умений.

Переведенная таким образом работа дает возможность подготовить сквозную программу специальности в целом, представляющую собой сложную многоуровневую интегрированную систему целей с ориентированными на эти цели узловыми вопросами учебных программ всех дисциплин.

Имея квалификационную характеристику специалиста и сквозную программу специальности в целом, можно планировать учебный процесс, то есть составлять новый учебный план специальности, но не наоборот, как это было до сих пор; ориентируясь на учебный план, создавали учебные программы дисциплины.

ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТАМИ ГУМИНОВЫХ КИСЛОТ ПЕЛОИДОВ ОТРАВЛЕНИЙ ПРОИЗВОДСТВЕННЫМИ ЯДАМИ

Жернов Ю. В.

Самарский государственный медицинский университет

Кафедра общей, бионеорганической и биоорганической химии

Научный руководитель: д.б.н., проф. Аввакумова Н. П.

Возросшая автоматизация и механизация производственных процессов, химизация народного хозяйства, внедрение новых технологий и интенсификация труда привели к росту числа профессиональных заболеваний работающих. Среди них особую группу составляют заболевания, возникающие в результате воздействия на организм вредных химических веществ и производственных ядов. Актуальность изучения данной патологии связано со значительным числом групп работающих, подвергающихся действию токсикантов в процессе своей профессиональной деятельности, например при получении и переработке природного сырья, изготовлении промышленной продукции, работе на транспорте, в сельском хозяйстве. Наибольшая вероятность контакта с ксенобиотиками имеется в химической промышленности, так как нередко сырье, промежуточные соединения и конечные продукты оказывают негативное влияние на здоровье работающих. Однако в таких отраслях промышленности, как горнорудная, машиностроительная, нефтяная, пищевая, текстильная и многих других, немало производственных участков, где при определенных операциях используются или выделяются токсические вещества, которые, поступая внутрь организма или загрязняя кожные покровы, могут вызвать профессиональные отравления.

Производственными (промышленными) называют яды, которые оказывают воздействие на человека в условиях трудовой деятельности и вызывают ухудшение работоспособности или нарушение здоровья — профессиональные или производственные отравления. Промышленными ядами чаще всего являются как сырьевые, промежуточные и конечные продукты производственного цикла, так и примеси, вспомогательные вещества, отходы производства, которые по химическому составу могут быть неорганической и органической природы [1].

Сложность диагностики и лечения отравлений производственными ядами заключается в том, что в большинстве случаев работающие подвергаются одновременному воздействию нескольких веществ, то есть имеет место их комбинированное действие. В настоящее время нет единой отработанной методики терапии отравлений производственными ядами персонала. В связи с этим является актуальной разработка препаратов, которые обладают симультанным эффектом, вследствие множественных механизмов детоксикации ядов в организме человека.

Цель исследования — изучение терапевтических симультанных эффектов гуминовых кислот пелоидов при производственных отравлениях персонала различными токсикантами.

Материалы и методы. В ходе исследования изучена фракция гуминовых кислот низкоминерализованных иловых сульфидных грязей (пелоидов) оз. Молочка санатория «Сергиевские минеральные воды» [2]. Исследование включало 2 этапа: 1 этап — изучение протекторной активности гуминовых кислот пелоидов по отношению к солям тяжелых металлов; 2 этап — изучение протекторной активности гуминовых кислот пелоидов по отношению к органическим ядам.

В качестве ионов металлов-детергентов были использованы двухзарядные катионы металлов, широко распространенные в промышленном производстве: ионы меди, свинца, кадмия, цинка и ртути.

С целью определения детоксикационной функции гуминовых кислот пелоидов от металлов ксенобиотиков был выбран тест-объект *Daphnia magna* Straus. Для биотестирования использовалась синхронизированная культура дафний, возраст не превышал 1 суток. Эксперимент проводился с соблюдением требований к температуре, продолжительности фотопериода (термолюминистат) и качеству культивационной воды в течение 96 часов.

При разработке методики нейтрализации тяжелых металлов *in vivo*, нами была выбрана активная концентрация гуминовых кислот пелоидов, составившая 0,1%, при которой визуально органолептически можно зафиксировать изменения кинетических параметров дафний в растворе.

Объем биотеста был постоянен, и составлял 2 мл. Были поставлены реперные точки, которые должны были показать время жизни дафний в растворах только с катионами металла ($C_m = 0,01M$). Буфер в реперные точки не добавлялся, с целью предотвращения процесса осаждения катионов металла-ксенобиотика.

По результатам исследований определение детоксикационной функции гуминовых кислот пелоидов на биотестах были установлены усредненные показатели времени жизни *Daphnia magna* Straus (Δt_{cp}), которые показаны в сводной таблице эксперимента (табл.1).

Как видно из таблицы в пробирках с реперными точками (№3) дафнии погибали в течение двух часов, когда в пробирках с 1мл гуминовых кислот (№2) время их жизни увеличилось в 3 раза (рис 1.).

Таблица 1

Средняя продолжительность времени жизни *Daphnia magna* Straus

Катион металла	№	$V_{исх.}$ (мл)	$V_{буф.}$ (мл)	$V_{ГК} 0,1\%$ (мл)	$V_{Me^{2+}} 0,01M$ (мл)	Δt_{cp} (час:мин)
Zn^{2+}	1	0,7	0,5	0,5	0,3	5:15
	2	0,4	0,3	1	0,3	8:00
	3	1,7	—	—	0,3	1:40
Cu^{2+}	1	0,7	0,5	0,5	0,3	4:15
	2	0,4	0,3	1	0,3	5:54
	3	1,7	—	—	0,3	1:23
Cd^{2+}	1	0,7	0,5	0,5	0,3	6:15
	2	0,4	0,3	1	0,3	6:50
	3	1,7	—	—	0,3	1:43
Pb^{2+}	1	0,7	0,5	0,5	0,3	3:45
	2	0,4	0,3	1	0,3	6:30
	3	1,7	—	—	0,3	1:25

Проведенный эксперимент доказывает детоксикационную способность гуминовых кислот пелоидов по отношению к исследуемым катионам металлов-детергентов.

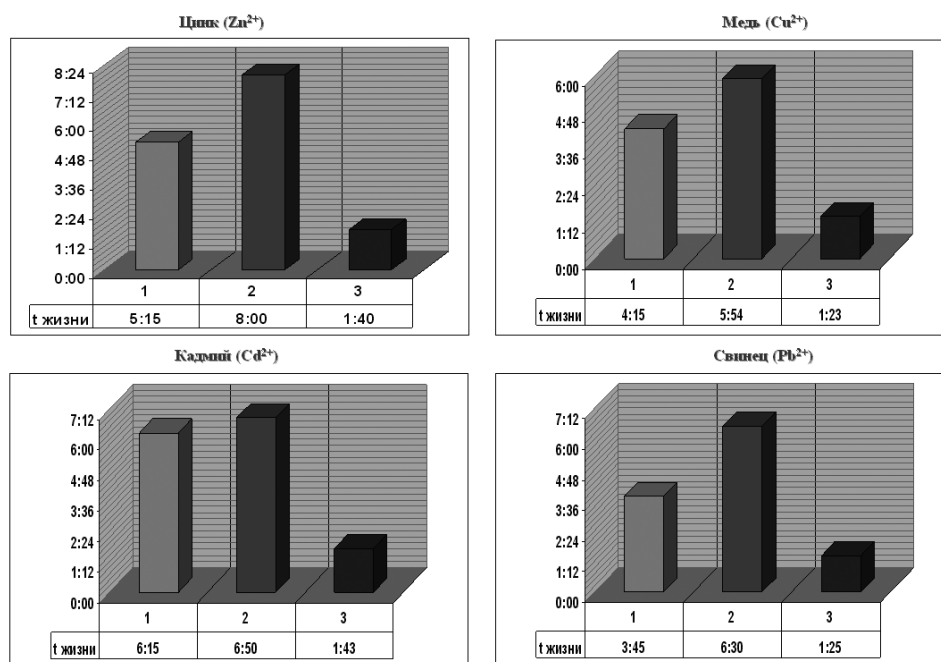


Рис. 1. – Гистограмма зависимости времени жизни *Daphnia magna* от концентрации гуминовой кислоты в растворе, содержащем катионы тяжёлого металла

Высокотоксическими из всех органических производственных ядов являются группа гемолитических ядов (анилин, нитробензол, фенилгидразин, бертолетова соль и др.), которые вызывают у работающих приобретенную гемолитическую анемию. Нами было проведено изучение антианемической активности гуминовых кислот пелоидов на модели экспериментальной гемолитической анемии.

Изучение антианемической активности гуминовых кислот пелоидов на модели экспериментальной гемолитической анемии проводилось на 5 группах лабораторных белых мышей обоего пола со средней начальной массой 30г.

В 1 группу входили интактные мыши, которым вводился внутрижелудочно физиологический раствор (0,2 мл) в течение 30 дней. Вторую группу составили интактные мыши, которым внутрижелудочно вводился раствор гуминовых кислот (0,2мл; 2 мг/кг). Анемизированным животным 3 группы вводился внутрижелудочно физиологический раствор (0,2мл), а 4 группы раствор гуминовых кислот (0,2мл; 2 мг/кг) в течение 30 дней после моделирования анемии. Пятую группу составили анемизированные животные, которым вводился внутрижелудочно раствор гуминовых кислот (0,2мл) в течение 3 дней до моделирования анемии, и в течение 30 дней после её моделирования.

Гемолитическую анемию у мышей вызывали путём внутрибрюшинного введения органического производственного яда – солянокислого фенилгидразина в дозе 30 мг/кг в течение двух дней (по Fisher Sci. Co.). На 5 день после последней инъекции фиксировался пик анемии.

Анализ антианемической активности гуминовых веществ пелоидов на модели экспериментальной гемолитической анемии показал, что ежедневные внутрижелудочные инъекции физиологического раствора животным 1 группы и инъекции гуминовых кислот животным 2 группы вызывают незначительные изменения в составе периферической крови, которые, по-видимому, являются неспецифической реакцией животных на эмоционально-болевой стресс, и носят компенсаторно-приспособительный характер.

Гистологический состав крови, исследуемый методом световой микроскопии, выявил, что 80-90% популяции эритроцитов мышей 1 и 2 групп составляли дискоциты. Количество паноцитозов и эхиноцитозов лежало в пределах 6%. Также встречались стоматоциты (~1-3%) и сфероциты (~1%). Не было выявлено резких различий в составе клеточных элементов крови 1 и 2 групп животных, что подтверждает атоксичность гуминовых кислот пелоидов.

Состав крови анемизированных животных (3, 4, 5 группы) характеризовался анизо- и пойкилоцитозом. Содержание микро- и макроцитов повысилось на 35% по отношению к нормоцитам. Присутствовали микросфероциты.

Гемолитическая анемия, вызванная у животных 3 группы, к 30-му дню после пика явилась летальной для 2/7 из них. У оставшихся 5/7 особей был выражен массивный гемолиз.

Внутрижелудочное введение гуминовых кислот пелоидов животным 4-ой группы, как экзогенного антиоксиданта, определило ход течения заболевания в благоприятную сторону. Уже к концу 1 недели, после пика анемии, наблюдалась явная динамика улучшения состояния организма животного, а к концу 30-х суток полное выздоровление. Аналогичная тенденция к выздоровлению возникла и у мышей 5 группы. Здесь наблюдалась снижение анемического состояния уже на 7 сутки, а полная нормализация клеточного состава крови на 21 сутки после пика анемии.

Необходимо отметить, что введение терапевтической дозы гуминовых кислот пелоидов за 3 дня до инъекции фенилгидразина создало положительный кумулятивный эффект, повысив устойчивость организма мыши к окислительным поражениям.

Обсуждение результатов исследования. Изучение протекторной активности от солей тяжелых металлов показало, что гуминовые кислоты пелоидов проявляют детоксикационную способность по отношению к исследуемым катионам

металлов-детергентов. Изучение протекторной активности пелоидов по отношению к органическим ядам показало, что гуминовые кислоты проявляют антианемическую, антиоксидантную и адаптогенную функцию в экспериментах по моделированию гемолитической анемии у мышей, при этом максимальный эффект наблюдается при превентивном использовании гуминовых кислот пелоидов.

Выводы. Проведенные эксперименты показали, что гуминовые кислоты обладают протекторной активностью, по отношению, как к солям тяжелых металлов, так и к органическим ядам. Полученные данные характеризуют гуминовые кислоты пелоидов, как атоксичный для человека экзогенный антиоксидантный фактор, обладающей антианемическим, иммуностимулирующим и адаптогенным действием, способным дезактивировать детергенты различной природы. Обоснована необходимость дальнейшего изучения протекторной активности гуминовых кислот пелоидов, с целью использования их для терапии отравлений работающих производственными ядами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Каспаров А.А. Гигиена труда и промышленная санитария / А.А. Каспаров - М.: «Медицина», 1977. – С. 162-163
2. Авакумова Н.П. Биохимические аспекты терапевтической эффективности гумусовых кислот лечебных грязей: Монография. – Самара: ГП «Перспектива»; СамГМУ, 2002. – С. 9

УДК 616-092.11:371.71:378

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ КРАСНОЯРСКОГО МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО КОЛЛЕДЖА

Жигулова А. С., Давыдова В. В., Номоконова Ж. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Красноярский медико-фармацевтический колледж*

Научные руководители: к.м.н., доц. Валентинович Л. И., Домрачев Е. О.

Во всем мире отмечается возросший интерес к проблеме изучения качества жизни (КЖ), связанного со здоровьем. При этом подчеркивается, что исследование КЖ является надежным и эффективным методом оценки общего благополучия человека. Оценка КЖ является общепринятым в международной практике высокоинформативным, чувствительным и экономичным методом оценки состояния здоровья. Исследование КЖ позволяет дать количественную оценку многокомпонентных характеристик жизнедеятельности человека: его физического, психического и социального функционирования

Цель исследования: оценить качество жизни студентов Красноярского медико-фармацевтического колледжа и оценить указанный показатель у обучающихся на различных специальностях колледжа.

Задачи

1. Изучить литературу по проблеме качества жизни.
2. Изучить методы исследования качества жизни.
3. Изучить состояние психического, социального, физического, духовного благополучия студентов колледжа и выявить общий показатель качества жизни по КМФК
4. Сделать выводы и разработать рекомендации для студентов по улучшению качества жизни.

Научная новизна исследования

- апробирована методика комплексного исследования качества жизни студентов КМФК;
- впервые получены характеристики психического, социального, физического, духовного благополучия студентов КМФК;

Материал исследования: В исследовании приняли участие 300 студентов обучающихся по специальностям; сестринское дело(91), лабораторная диагностика(75), фармация(75), медико – профилактическое дело (59).

Методы исследования

1. Статистический – пакет для обработки результатов Statistica v.6.0
2. Анкетирование – универсальный опросник качества жизни SF-36 разработанный межнациональным центром исследования качества жизни (МЦИКЖ).

Формула вычисления значений: [(реальное значение показателя) – (минимально возможное значение показателя)] : (возможный диапазон значений), 100.

Опросник состоит из 11 разделов, результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на лучшее КЖ.

Результаты собственных исследований

Показатель физического функционирования (PF) в среднем составил 93,3%, максимальное значение у студентов медико-профилактического дела – 96,5%, Значение ролевого физического функционирования (RP) так же максимально у студентов специальности медико-профилактика(90%). Наибольшее расхождение результатов наблюдается в значении показателя ролевого эмоционального функционирования (RE) от минимального значения у студентов специальности сестринское дело (52,3%), до максимального значения у студентов обучающихся на специальности медико-профилактическое дело (76,7%). Жизненная активность (VT) максимальна у студентов специальности медико-профилактического дела (62,5%). Параметр психического здоровья (MH) в среднем составил 65% (максимальное значение у студентов медико-профилактической специальности – 67,2%.Средний показатель социального функционирования (SF) в выборке составил 75,5% (диапазон значений от минимального у студентов специальности сестринское дело – 71,7% до максимального – 77,7% у студентов- фармацевтов).Показатель интенсивности боли (BP) наиболее благоприятен у студентов обучающихся по специальности медико-профилактическое дело (89%) – болевые ощущения беспокоили редко и с наименьшей интенсивностью. Диапазон распределения значений показателя общего здоровья (GH) составляет максимально 75% у студентов медико-профилактического дела, минимально – 64% у студентов специальности лабораторная диагностика.Средний интегральный показатель физического компонента здоровья (PH) в выборке составил 83,2±10,7 (диапазон значений

от минимального – 80,1±11 у студентов специальности лабораторная диагностика до максимального – 89,4±10,7 у студентов специальности медико-профилактическое дело). Средний интегральный показатель психологического компонента здоровья (МН) составил 63,5±15,1 (диапазон от минимального значения у студентов специальности лабораторная диагностика – 60,1±14,9 до максимального – 69,4±13,3 у студентов медико-профилактического дела).

Выводы

1. Средний показатель физического компонента здоровья (РН) у студентов нашего колледжа составил 81,3%±10,7%, Средний показатель психологического компонента здоровья (МН) – составил 61,8%±16,2%.
2. У студентов специальности медико – профилактическое дело установлен более высокий интегральный показатель физического и психологического компонентов здоровья (РН – 89,4%±6,37%, МН – 69,4%±13,3%) по сравнению с другими специальностями и средним показателем колледжа (РН – 81,3%±10,7%, МН – 61,8%±16,2%).

Рекомендации для студентов по улучшению качества жизни.

1. Для повышения психологического компонента здоровья студентов рекомендуем консультации штатного психолога колледжа.
2. Студентам 1, 2 курсов для облегчения адаптации в колледже, активно принимать участие в общественной жизни колледжа.
3. Для повышения показателей физического и ролевого функционирования необходимо регулярно посещать занятия по физической культуре и записываться в спортивные секции.
4. Студентам для повышения эмоционального функционирования, показателей жизненной активности и социального функционирования рекомендуем активно участвовать в различных мероприятиях проводимых в колледже.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абросимова, М.Ю. Отношение студентов медицинских учебных заведений к употреблению алкоголя и курению / М.Ю. Абросимова // Здоровье, обучение, воспитание детей и молодежи в XXI веке: Матер, междунар. конгр. - М., 2004.-4. 1.-С.-21-23.
2. Артюхов, И.П. Динамика медико-социального состояния малодетных семей / И.П. Артюхов, В.Ф. Капитонов, О.М. Новиков // Сиб. мед. обозрение. 2007. - №3. - С. 54-56.
3. Беликова, Е.А. Зависимость влияния учебных нагрузок на здоровье студентов от уровня физического развития / Е.А. Беликова // Здоровье и образование – М., 2002. – С.102
4. Киселев, А.С. Зависимость здоровья населения от динамики уровня жизни / А.С. Киселев, М.Г. Шестаков, А.Ю. Михайлов. - М.: РИО ЦНИИО-ИЗ, 2006. -210с.
5. Кордашенко, В.Н. Санитарно-эпидемиологическое благополучие детского и подросткового населения и подготовка кадров / В.Н. Кордашенко, В.Р. Кучма // Гигиена и санитария. - 1993. - № 10. - С. 48-51.
6. Новикова, И.А. Качество жизни при психосоматических заболеваниях / И.А. Новикова, П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев // Пробл. соц. гигиены и истории медицины. - 2002. - №5. - С.7-11.
7. Общество, семья, здоровье: метод. пособ. / А.А. Модестов, О.М. Новиков, В.Ф. Капитонов и др.; Краснояр. мед. акад. - Красноярск, 2003. – 59с.
8. Миннибаев, Т.Ш. Актуальные вопросы университетской гигиены на современном этапе / Т.Ш. Миннибаев // Здоровье, обучение, воспитание детей и молодежи в XXI веке: Матер, междунар. конгр. - М., 2004. - Ч. II. - С. 272-275.
9. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. НОВИК, Т.Н. Ионова. - М., СПб.: Изд. дом «Нева»; «ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир», 2002. - 320с.
10. О городской целевой Программе «Молодежь города Красноярска» на 2003 г.: Решение Краснояр. гор. Совета от 31.03.2003 г., № 8-156.

УДК 616.12-008.46:616-071.3

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Жуклина В. В.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Научные руководители: д.м.н., проф. Горбунов Н. С., д.м.н., проф. Поликарпов Л. С.

Сердечно - сосудистые заболевания - серьезная социальная, медицинская и экономическая проблема. При всем многообразии диагностических подходов и наличии уникальных медикаментозных препаратов, сердечно - сосудистые заболевания широко распространены, относятся к прогностически неблагоприятным и по данным ВОЗ, занимают первое место среди причин инвалидизации и внезапной смертности (2).

У кардиологических больных изучаются все системы организма и органов и находят многочисленные изменения в них. Однако до сих пор остается не изученным изменения со стороны передней брюшной стенки. В то же время клиницистами накоплен большой опыт, свидетельствующий об изменениях со стороны живота. Так для больных с бивентрикулярной хронической сердечной недостаточностью характерно заметное увеличение живота в объеме за счет асцита (3), характерным признаком аневризмы брюшной аорты является «пульсирующая опухоль» в надчревной области живота (7). У гериатрических больных на ранних этапах недостаточности кровообращения наблюдаются нарушения кровообращения в брюшной полости, что ведет к диспептическим расстройствам - вздутие живота (1,6), при хронической сердечной недостаточности возникает длительный застой в печени, который приводит к портальной гипертензии и асциту (5), в третьем периоде митрального стеноза появляются симптомы правожелудочковой недостаточности - асцит (4).

Таким образом, учитывая актуальность проблемы и недостаток объективной информации о таком важном участке человеческого тела, целью проводимого нами исследования является выявить морфологическую предрасположенность возникновения гипертонической болезни.

В связи с чем проведено анатомическое обследование 471 больных в возрасте 61 - 75 лет, которые находились на стационарном лечении в Городской Клинической больнице № 6 и НИИ проблем Севера СО РАМН по поводу гипертонической болезнью. При проведении исследования были использованы антропометрические методики определения типа телосложения по В.Н. Шевкуненко, Д. Таннеру, С. Рис - Айзенку, В.М. Черноруцкому, а также методика определения формы живота по В.М. Жукову.

Проведенное обследование выявило, что по В.Н. Шевкуненко у больных выявлен в 39% брахиморфный тип телосложения, в 54% – мезоморфный, а у 7% – долихоморфный. Соотношение составляет: 5,6:7,7:1. При определении

конституциональной принадлежности по В.М. Черноруцкому гиперстенический тип телосложения выявлен в 86% случаев, нормостенический – в 13%, астенический – у 1% обследуемых. Соотношение составляет: 86:13:1. При определении полового диморфизма по Д. Таннеру андроморфный тип выявлен в 74%, мезоморфный – в 25%, гинекоморфный – в 1%. Соотношение составляет: 74:25:1. При определении типа конституции по S. Rees – Eysenck пикнический тип встречается у 81%, нормостенический – у 18%, астенический – у 1% обследуемых. Соотношение составляет: 81:18:1. При определении формы живота по В.М. Жукову расширяющаяся вверх выявлена в 42%, овоидная – в 16%, расширяющаяся вниз – 58%. Соотношение составляет 2,6:1:3,6.

Таким образом, проведенное обследование выявило конституциональную предрасположенность к заболеванию гипертонической болезнью. У обследуемых больных с гипертонической болезнью чаще встречается мезоморфный тип телосложения по В.М. Шевкуненко, гиперстенический – по В.М. Черноруцкому, андроморфный тип полового диморфизма по Д. Таннеру, пикнический тип конституции по S. Rees – Eysenck преимущественно у них встречается расширяющаяся вниз форма живота. Выявленные конституциональные особенности целесообразно учитывать при составлении морфологического портрета больных с гипертонической болезнью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аванесьянц, Э.М. Пропедевтика клинических дисциплин / Э.М. Аванесьянц. – Ростов – на – Дону: «Феникс», 2003. – 448 с.
2. Владимирова, Я.Б. Конституциональные особенности сердца мужчин в норме и при гипертрофии левого желудочка: Автореф. дис. ... канд. Мед. Наук. / Я.Б. Владимирова. – Красноярск, 2001. – 18с.
3. Кардиология, Национальное руководство / Под ред. Ю.Н. Беленков., Р.Г. Оганов. – Москва: ГЭОТАР - Медиа, 2007. – 1232 с.
4. Моисеев, В.С., Сумароков А.В. Болезни сердца / В.С. Моисеев, А.В. Сумароков. – Москва: «Универсум Паблиш», 2001. – 463 с.
5. Мухин, Н.А., Моисеев, В.С. Пропедевтика внутренних болезней / Н.А. Мухин, В.С. Моисеев. – Москва: ГЭОТАР - Медиа, 2002. – 768 с.
6. Чазов, Е.И. Болезни сердца и сосудов / Е.И. Чазов. – Москва: «Медицина», 1992. – Ч. 4. – 448 с.
7. Чучалин, А.Г., Бобков, Е.В. Клиническая диагностика / А.Г. Чучалин, Е.В. Бобков. – Москва: Литтерра, 2006. – 309 с.

УДК 616.127-005.4

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ВЫЯВЛЯЕМОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Жураева Х. И., Таиров М. Ш., Рузиев О. А., Бадритдинова М. Н., Исмадова М. Н.

*Бухарский государственный медицинский институт
Кафедра подготовки врачей общей практики*

Известно, что проблема ранней диагностики, профилактики и лечения артериальной гипертонии (АГ), наиболее распространённого неинфекционного заболевания, становится угрожающей, сокращая продолжительность жизни, приводя к инвалидизации больных, нарушая качество их жизни. Особое место в проблеме АГ должно уделяться самим пациентам, небрежное отношение к своему здоровью которых драматически сказывается на распространённости АГ. С возрастом число больных, страдающих данной патологией, растёт. Так, среди лиц до 30 лет оно составляет 4-10%, 50-60 лет – 44%, 61-69 лет – 54%, старше 70 лет – 65%. На врачебном участке из 2000 обслуживаемых жителей АГ выявляется у 300-500. На долю ГБ приходится 95% всех случаев артериальной гипертонии. Согласно результатам исследования в Узбекистане диагностика АГ среди мужского населения хуже, чем таковая среди женщин (38%). Относительно небольшая часть мужчин (12%), страдающих гипертонией, получают лечение, необходимое для контроля АГ; другая категория (10%) получают лечение, но уровень АГ остаётся высоким. У 16% мужчин АГ диагностирована, но они не получают какого-либо лечения. Самым значимым показателем проведенного исследования является, пожалуй, факт отсутствия диагностики АГ у 62% мужчин. Высокий процент не диагностированных случаев АГ является одной из главных проблем здравоохранения в нашей стране.

Цель исследования:

Изучение распространенности и состояния выявляемости артериальной гипертонии в первичном звене здравоохранения.

Материалы и методы:

Проведено исследование распространенности АГ среди населения в возрасте 15 - 69 лет одной поликлиники г. Бухары. Проведено анкетирование 797 человек. Из них 555 женщин и 242 мужчин. Анкета включала вопросы по информированности обследуемого о наличии у него АГ, регулярности лечения и вида гипотензивного препарата. Проведена сравнительная оценка выявляемости АГ врачами лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ). Измерение А/Д проводилось дважды на обеих руках, с интервалом не менее 5 минут и при оценке артериального давления (АД) учитывались средние значения 2-х измерений. За нормальное АД принимали значения САД ≤ 139 ; ДАД ≤ 89 , АГ - САД ≥ 140 ; ДАД ≥ 90 . Вместе с тем, АГ фиксировалась независимо от показателей АД, если больной принимал гипотензивные препараты в течении 2х недель предшествующих обследованию. Вместе с тем, за АГ принимали случаи, когда при измерении АД оно оказывалось нормальным, но больной находился на гипотензивной терапии.

Результаты и обсуждение.

Результаты работы показывает что, общая распространённость АГ среди женщин составила 20,54%, а среди мужчин 20,66%. В целом среди населения составила 20,2%. В женской популяции по мере увеличения возраста происходит рост частоты АГ. Следует обратить внимание на следующий факт – частота АГ особенно увеличивается после 30 лет (с 1,06% в возрасте 20-29 лет до 16,52% в возрастной группе 30-39 лет). В последующие возрастные периоды (40-49 лет, 50-59 лет и 60-69 лет) увеличение частоты АГ (22,41%, 37,5% и 62,5% соответственно). Эти данные позволяют заключить, что в женской популяции критическим в отношении АГ является возраст 30 лет.

Таблица 1

Распространённость АГ среди женского населения

Количество наблюдений				
Пол	Возрастная группа	АГ есть	АГ нет	Всего
Женщины по возрастным группам	20-29 лет	2	186	188
	30-39 лет	19	96	115
	40-49 лет	26	90	116
	50-59 лет	27	45	72
	60-69 лет	40	24	64
Всего у женщин		114	441	555
В процентах				
Пол	Возрастная группа	АГ есть	АГ нет	Всего
Женщины по возрастным группам	20-29 лет	1,06	98,94	100,00
	30-39 лет	16,52 *	83,48	100,00
	40-49 лет	22,41 *	77,59	100,00
	50-59 лет	37,50 **	62,50	100,00
	60-69 лет	62,50 **	37,50	100,00
Всего женщин		20,54	79,46	100,00

Примечание: в таблице указана достоверность различий относительно предыдущей возрастной группы.

Картина распространенности АГ среди мужчин, особого отличия не имеет от женщин. В возрасте 20-29 лет частота АГ среди мужчин несколько выше, чем среди женщин (1,59%, 1,06% соответственно). В последующих возрастных группах (30-39 лет, 40-49 лет и 60-69 лет) распространённость АГ увеличивается (7,69%, 15,22%, 40,63% соответственно). Эти данные показывают, что среди женщин АГ распространено больше, чем среди мужчин.

Таблица 2

Распространённость АГ среди мужского населения

Количество наблюдений				
Пол	Возрастная группа	АГ есть	АГ нет	Всего
Мужчины по возрастным группам	20-29 лет	1	62	63
	30-39 лет	4	48	52
	40-49 лет	7	39	46
	50-59 лет	13	19	72
	60-69 лет	25	24	49
Всего у мужчин		50	192	242
Пол	Возрастная группа	АГ есть	АГ нет	Всего
Мужчины по возрастным группам	20-29 лет	1,59	98,41	100,00
	30-39 лет	7,69	92,31	100,00
	40-49 лет	15,22	84,78	100,00
	50-59 лет	40,63 *	59,38	100,00
	60-69 лет	51,02 *	48,98	100,00
Всего у мужчин		20,66	79,34	100,00

Далее изучалась выявляемость АГ врачами ЛПУ. Полученные данные свидетельствуют о том, что среди женщин, у которых в ходе обследования была выявлена АГ, у 14,9% из них АГ не была выявлена ранее в ЛПУ. У мужчин частота не выявленных случаев АГ ещё выше – 22,0%. Вместе с тем, среди лиц, у которых в ходе обследования не была выявлена АГ, это заболевание было установлено у 6,12% женщин и 3,13% мужчин.

Таблица 3

Выявляемость артериальной гипертензии врачами ЛПУ(%)

Пол	Наличие АГ	АГ выявлена в ходе исследования		АГ не выявлена в ходе исследования	
		п	%	п	%
Мужчины	Выявлено в ЛПУ	39	78,0	6	3,13
	Не выявлено в ЛПУ	11	22,0	186	96,87
Всего среди мужчин		50	100,0	192	100,0
Женщины	Выявлено в ЛПУ	97	85,09	27	6,12 *
	Не выявлено в ЛПУ	17	14,91	414	93,88
Всего среди женщин		114	100,0	441	100,0

Примечание: в таблице отмечены различия показателей у женщин и мужчин

Таким образом, можно заключить, что в обследованной популяции имеет место недостаточная выявляемость АГ, а с другой - имеет место гипердиагностика этого заболевания. Далее рассмотрено состояние лечения АГ. Как оказалось, пациенты, страдающие АГ, отдают предпочтение фармакологическому лечению и в недостаточной степени используют диетические мероприятия и физическую нагрузку. Следует отметить также и то, что 13,66% больных АГ не получают никакого лечения.

Выводы

1. Распространенность АГ среди населения составляет 20,2%. В том числе среди женщин АГ встречается 20,2% случаев, среди мужчин 20,66%. При этом, 13,66% больных не получают лечения. Немедикаментозные методы лечения АГ используются недостаточно.

2. Среди населения АГ недостаточно выявляется и имеются случаи гипердиагностики этого заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Зборовский Э.И., Авраменко Т.В., Фолина Р.Ф. Распространенность артериальной гипертензии и её связь с факторами риска у мужчин 40-59 лет г.Минска. // Здоровоохранение Беларуси. - 1986. - № 8. - С.35-39.
2. Новые направления в изучении факторов риска развития сердечно-сосудистых болезней. Доклад экспертов ВОЗ. Женева, 1994; 72 с.

УДК 615.1:614.27/.28(571.51)

ДИНАМИКА СТРУКТУРЫ РОЗНИЧНОГО ЗВЕНА СИСТЕМЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАК ЭЛЕМЕНТА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

Забловская Ю. И., Богданов В. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра управления, экономики здравоохранения и фармации ИПО*

Научный руководитель: ст. преп. Лунева Л. А.

Актуальность проблемы. Гражданам РФ гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с Конституцией РФ, общепризнанными принципами и международными нормами и международными договорами РФ, Конституциями (уставами) субъектов РФ. На территории РФ основные функции охраны здоровья выполняет система здравоохранения. Лекарственная, или фармацевтическая помощь является неотъемлемой частью системы здравоохранения [3]. В связи с этим уровень обеспеченности фармацевтической помощью практического здравоохранения это тот вид деятельности, который на прямую оказывает влияние на уровень управления конкретным ЛПУ.

Целью фармацевтической помощи является обеспечение населения и конкретно каждого человека товарами аптечного ассортимента и оказание научно-консультационных услуг медицинскому персоналу и отдельным гражданам по вопросам выбора наиболее эффективных и безопасных лекарственных средств и других предметов аптечного ассортимента, способов их хранения, использования, порядка приобретения.

Фармацевтическая помощь как часть здравоохранения находится в тесной взаимосвязи с системами медицинской и санитарно-эпидемиологической помощи.

Истоки формирования концепции фармацевтической помощи лежат в глубокой древности и берут свое начало в древнем Египте. Египетское слово фармаки (перевод - «дарующий исцеление или безопасность») и греческого фармакон (в переводе - «лекарство»). Именно эту смысловую нагрузку отражают термины с корнями фарма- или фармако-, определяющие деятельность, связанную с охраной здоровья населения на основе применения лекарств.

Впервые понятие «фармацевтическая помощь» (англ. pharmaceutical care) стали использовать за рубежом в начале 70-х годов XX в. для характеристики содержания деятельности фармацевтов в больницах и клиниках. В дальнейшем концепция фармацевтической помощи получила развитие не только в больничном (госпитальном) секторе, она распространилась на аптечные организации и стала рассматриваться как альтернатива традиционному лекарственному обеспечению.

Согласно определению ВОЗ, под фармацевтической помощью понимается философия практики общения с пациентом и общественностью в аптеке как первом звене многоуровневой системы здравоохранения. Принципы этого общения положены в основу концепции НАП, утвержденной Всемирной ассамблеей здравоохранения в 1996 г. [5].

Советом Международной фармацевтической федерации в 1998 г. разработана декларация, в которой фармацевтическая помощь рассматривается как ответственное предоставление фармакотерапии с целью достижения определенных результатов по улучшению или сохранению качества жизни пациента, а также как процесс сотрудничества, направленный на предотвращение или выявление и решение проблем, касающихся здоровья и использования лекарств.

Впервые в отечественной практике концепция фармацевтической помощи была представлена в начале 90-х годов проф. П. В. Лопатыным.

Концепция затрагивает проблему качественного обеспечения потребителей не только лекарственными препаратами, но и другими товарами аптечного ассортимента, а также услугами, являющимися логическим продолжением фармацевтического обслуживания.

Основные составляющие фармацевтической помощи:

- контроль и надзор за фармацевтической деятельностью;
- государственная стандартизация, регистрация и сертификация;
- создание и воспроизводство товаров аптечного ассортимента;
- промышленное производство и аптечное изготовление;
- доведение товаров от производителя до потребителя;
- информация и консультирование;
- непрерывное фармацевтическое образование;
- защита прав потребителей.

Основные критерии, используемые для оценки качества фармацевтической помощи: эффективность, безопасность, улучшение характеристик качества жизни и др. [4].

Следует отметить, что предложенная концепция фармацевтической помощи находит свое отражение в программах подготовки фармацевтических кадров и в практической деятельности специалистов и фармацевтических организаций. Однако в законодательно-правовых и нормативных регламентах до настоящего времени для определения содержания деятельности на фармацевтическом рынке используются понятия – «обращение лекарственных средств» и «фармацевтическая деятельность».

Обращение лекарственных средств – обобщенное понятие деятельности, включающей разработку, исследования, производство, изготовление, хранение, упаковку, перевозку, государственную регистрацию, стандартизацию и контроль качества, продажу, маркировку, рекламу, применение и уничтожение лекарственных средств, пришедших в негодность, или лекарственных средств с истекшим сроком годности и иные действия в сфере обращения лекарственных средств.

Фармацевтическая деятельность – деятельность, осуществляемая организациями оптовой торговли и аптечными учреждениями в сфере обращения лекарственных средств, включающая оптовую и розничную торговлю лекарственными средствами и их изготовление.

Каким образом лекарственные средства (далее ЛС) поступают от производителя к конечному потребителю?

В рыночной экономике эту функцию выполняет канал распределения – совокупность фирм или отдельных лиц, к которым последовательно переходит собственность на ЛС на пути его от производителя к потребителю.

Основными субъектами каналов распределения выступают оптовые и розничные торговые предприятия.

Удовлетворение спроса конечного потребителя на ЛС непосредственно происходит в розничном звене канала распределения. Именно факт реализации ЛС конечному потребителю дает рыночное подтверждение целесообразности его выпуска, показывает, что ресурсы на его производство и движение по товаропроводящей сети были потрачены не зря.

Организации розничной торговли приобретают товары у оптовых организаций или непосредственно у производителей. К организациям розничной торговли относятся аптечные учреждения.

В соответствии с № 86-ФЗ «О лекарственных средствах», аптечное учреждение – это организация, осуществляющая розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление и отпуск лекарственных средств в соответствии с требованиями ФЗ «О лекарственных средствах»; к аптечным учреждениям относятся аптеки, аптеки учреждений здравоохранения, аптечные пункты, аптечные магазины, аптечные киоски [1].

В Красноярском крае 2007 году фармацевтической деятельностью в части розничной торговли осуществляли 292 хозяйствующих субъекта и 36 хозяйствующих субъектов в области оптовой торговли. За последние годы отмечается тенденция снижения количества оптовых фармацевтических предприятий и роста розничных аптечных учреждений за счет открытия аптек готовых лекарственных форм. Особенностью современного этапа развития фармацевтического рынка Красноярского края является все более активное развитие аптечных сетей. Наиболее крупная аптечная сеть – государственное предприятие Красноярского края «Губернские аптеки», включающая в себя 363 аптечных учреждения: 150 аптек, 144 аптечных пунктов и 69 аптечных киосков [2].

Цель и задачи исследования. Целью нашего исследования является изучение динамики изменения структуры розничного звена систем лекарственного обеспечения в Красноярском крае за период 2006 – 2008 гг.

Задачи исследования:

1. Изучить структуру розничного звена систем лекарственного обеспечения Красноярского края в период 2006 – 2008 гг.
2. Определить нагрузку, приходящуюся на одно аптечное учреждение в разрезе районов Красноярского края.
3. Изучить влияние изменения структуры розничного звена систем лекарственного обеспечения для городского и сельского населения.

Материалы и методы. Для проведения работы была произведена выкопировка данных реестра лицензий на осуществление фармацевтической деятельности управления Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по Красноярскому краю. Выкопировка содержала данные об аптечных учреждениях (аптеках, аптечных пунктах, аптечных киосков и аптечных магазинах) имеющих лицензию на 2006, 2007, 2008 годы в разрезе муниципальных районов региона. Обработка данных производилась в пакете Microsoft Office Excel 2007.

Результаты и обсуждение. На 1 января 2009 года в Красноярском крае было зарегистрировано 1328 аптечных учреждений (далее АУ). Доля городских АУ составила 61,1% (таблица 1).

Таблица 1

Динамика численности аптечных учреждений

Год	2006	2007	2008
Всего аптечных учреждений	1376	1550	1328
В том числе сельских	620	638	516
Удельный вес сельских, %	45,1	41,2	38,9
В том числе городских	756	912	812
Удельный вес городских, %	54,9	58,8	61,1

Результаты исследования показывают, что в период с 2006 по 2008 гг. году на территории Красноярского края произошло снижение количества сельских АУ в целом на 16,8%, при почти не изменяющейся численности сельского населения. Это может свидетельствовать о формировании тенденции к уменьшению доступности лекарственных средств для сельских жителей.

Нагрузка, приходящаяся на одно АУ в Красноярском крае в 2006 году составляла 1933,3 чел.; в 2007 году – 1711,8 чел. Данный показатель за 2006 год в зависимости от района колебался в пределах от 464,6 чел. в Боготольском районе до 15158,0 в Ачинском районе; за 2007 год в зависимости от района колеблется в пределах от 457,5 в Боготольском районе до 16842,0 в Эвенкийском муниципальном районе (таблица 2). В Красноярске он составляет 2627,2 и 2204,5 в 2006 и 2007 гг. соответственно.

Нагрузка на одно аптечное учреждение

2006 год		2007 год	
Район	Нагрузка на одно аптечное учреждение, человек	Район	Нагрузка на одно аптечное учреждение, человек
Дзержинский Район	5141,3	Тюхтетский Район	4574,0
Северо-Енисейский Район	5516,0	Таймырский (Долгано-Ненецкий) район	4758,8
Таймырский (Долгано-Ненецкий) район	5525,7	Ачинский район	5222,7
Город Назарово	13529,0	Город Назарово	7676,9
Ачинский район	15158,0	Эвенкийский муниципальный район Красноярского края	16842,0
Красноярский край	1933,3	Красноярский край	1711,8

Анализируя АУ по форме собственности, мы получили следующую картину: лицензированных государственных и муниципальных АУ в 2006 году было 1126, из них 556 сельских (49,4%); в 2007 году – 1124, из них сельские 537 (47,8%); а в 2008 году – 910, из них сельских 422 (46,4%). Таким образом, за рассматриваемый период доля таких учреждений на селе сократилась на четверть. Что касается развития частных АУ в сельской местности, наблюдается их рост на 36,6% (2006 г. – 59, 2008 г. – 93).

Количество частных АУ как в городах, так и в районах Красноярского края увеличилось: в городах в 2008 г. по сравнению с количеством 2006 г. Количество АУ увеличилось на 74,7%, т.е. в 1,57 раза; в сельской местности в 2008 г. по сравнению с 2006 г. увеличение произошло на 57,6%. Одновременно произошло снижение количества государственных и муниципальных АУ: в городах на 16,8%, а в районах на 31,75% за тот же период времени (таблица 3).

Таблица 3

Динамика изменения форм собственности аптечных учреждений

Период	город				село (районы)			
	2006		2008		2006		2008	
Единицы измерения	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Государственные	570	75,4	488	60,0	556	90,4	422	81,9
Частные	186	24,6	325	40,0	59	9,6	93	18,1
Итого	756	100	813	100	615	100	515	100

Таким образом, за изученный период произошло снижение числа государственных и муниципальных АУ в сельской местности. И даже приход на рынок частных АУ не компенсирует это снижение.

Выводы:

1. В структуре розничного звена лекарственного обеспечения Красноярского Края наибольший удельный вес занимают государственные аптечные учреждения, расположенные в городах. За период 2006-2008 гг. их количество увеличилось на 7,4%.
2. Наибольшую нагрузку имеют аптечные учреждения, расположенные в районах.
3. Тенденция к уменьшению количества аптечных учреждений в сельских районах происходит в основном за счет уменьшения количества государственных аптечных учреждений на 24,1%. Количество частных сельских аптечных учреждений увеличилось на 57,6%, но это повышение не компенсирует сокращение количества государственных аптечных учреждений, что сказывается на снижении доступности лекарственной помощи для сельского населения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. База данных «Консультант-Плюс» (электронный правовой ресурс).
2. Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности здравоохранения Красноярского края в 2007 году. – Красноярск, 2008. – 278 с.
3. Управление и экономика фармации: Т. 3.: Учебник для студ. высш. учеб. заведений / Под ред. Е.Е.Лоскутовой. – М.: Изд-во «Академия», 2008.
4. Управление и экономика фармации: Учебник под ред. В.Л. Багировой. – М.: Изд-во «Медицина», 2004. – 720с.
5. Фармацевтический маркетинг: Учебник для студ. высш. учеб. заведений / Под ред. Юданов А.Ю. – М.: Изд-во «Ремедиум», 2007.

УДК 615.1: 614.27

МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ОРВИ**Загитова Г. А.**

*Уральская государственная медицинская академия
Кафедра экономики и управления фармации*

Научные руководитель: ст. преп. Чудновская Т. И.

Принципы современного маркетинга базируются на уважении прав потребителя. На потребительском рынке развитых стран сложился механизм зависимости получения прибыли от степени удовлетворения потребностей покупателей (в России он еще только формируется). Продавая товар, предприниматель тем самым удовлетворяет потребности покупателя.

Только на основе изучения этих потребностей, выявления закономерностей поведения потребителя на рынке, у предпринимателя появляется шанс продать все, что он произвел или закупил. Остается еще одна сторона изучения рынка: анализ поведения, мнений и предпочтений потребителей. [3].

Для разработки маркетинговой стратегии и конкретных маркетинговых исследований, в частности товаров, сегментации рынка и т.д. Огромное значение имеет характеристика и моделирование покупательского поведения, выявление мнений и предпочтений потребителей, мотивации покупок. Это необходимая предпосылка формирования спроса, стимулирования сбыта и управления качеством товаров.

Информационной базой этого анализа служат опросы потребителей.

Анализ поведения покупателей включает оценки их действий и намерений, направленных на выбор наиболее привлекательной марки товара (лекарственного средства), а также выявление их удовлетворенности или неудовлетворенности покупкой или обслуживанием.

Главная идея анализа покупательского поведения - установить, отдает ли потребитель предпочтение, какому – либо лекарственному препарату, фирме, отечественному или зарубежному производителю, имеет ли значение цена при выборе препарата. [4].

Спрос на лекарственные препараты обусловлен потребительскими предпочтениями, где решающими являются не объективные характеристики медикамента, а субъективное восприятие свойств лекарственного средства, определяющееся рекомендациями врача, фармацевта, СМИ, друзей. Поэтому важно установить, по каким критериям оценивает и приобретает покупатель лекарственные препараты с желательной для него комбинацией... свойств.

С целью выявления наиболее часто покупаемых медикаментов при ОРВИ был проведен опрос в форме анкетирования. Опрос показал, что значимость показателей, влияющих на выбор и покупку лекарственных препаратов у групп потребителей различных по возрасту, полу...и...социальному...положению варьирует.

Цель работы: исследование потребительских предпочтений среди лекарственных препаратов, применяемых при ОРВИ.

Для достижения данной цели необходимо выполнить следующие задачи:

1. Изучить литературу по данной теме.
2. Разработка анкеты по выявлению потребительских предпочтений.
3. Проведение анкетирования.
4. Анализ данных анкет.
5. Выявление потребительских предпочтений.

Материалы и методы. В маркетинговом исследовании приняли участие 200 человек, две третьих посетителей аптек – это женщины, горожанки, в основном зрелого возраста, семейные.

Опрос проводился в следующих аптеках города Екатеринбурга: «Ригла», «Лекарства Урала», «Первая помощь», «36,6», «Живика».

В анализе поведения потребителей использовались, три статистических метода: ряды распределения потребителей по одному из признаков (например, по форме выпуска ЛС); структурные и аналитические группировки, в том числе комбинированные, позволяющие охарактеризовать состав покупателей и зависимость выбора товара от каких-либо причин, например от социального статуса семьи и ее типа, многофакторные регрессионные модели, которые выявляют обусловленность покупки набором каких-либо факторов, например демографических, экономических и т.д.

Важной составной частью анализа мнений потребителей является определение их отношения к качеству товара. Для более детальной проработки данного анализа были использованы три методики.

Метод простого рейтинга. Потребитель называет ассортиментные виды товара в порядке от наименее до наиболее предпочтительного: $A < B < C$.

Метод парного сражения. Были составлены пары товарных вариантов: АВ, АС, ВС покупателю предлагалось выбрать из каждой пары наиболее привлекательный товар. Этот метод облегчает выбор наиболее предпочтительного товара и позволил выяснить, в чем сходство, а в чем различие вариантов.

Метод монадического рейтинга. Потребитель, пользуясь шкалой оценок, выражал свое отношение к товару, таким образом выстроилась иерархия предпочтений. [1,2].

Результаты исследования и их обсуждение. На вопрос «Каким фирмам – производителям Вы бы отдали предпочтение?» Респонденты в большей степени доверяют зарубежным производителям ЛС (55%).

Среди российских фирм-производителей лекарственных препаратов, применяемых при ОРВИ, лидирующее место занимает Уралбиофарм в Екатеринбурге, выпускающий «Пентафлуцин». Данный препарат, по мнению респондентов, является оптимальным по цене и качеству, среди противогрибковых средств.

Из проведенного опроса можно сделать вывод, что среди всех лекарственных средств, применяемых при ОРВИ наиболее эффективными являются импортные препараты. Но по цене зарубежная продукция не приемлема для большинства покупателей.

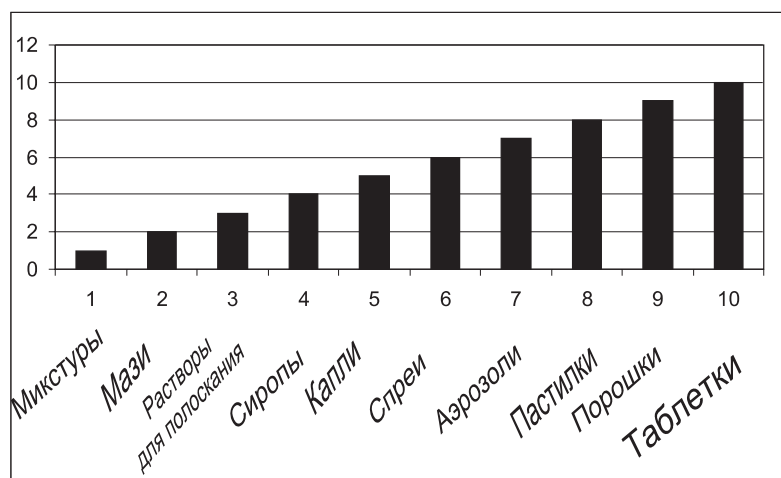
Несмотря на цены, спросом пользуется продукция фирмы Natur Produkt производящей: «Антиангин», «Шалфей», «Эвкалипт».

По данным опроса наиболее востребованной лекарственной формой являются таблетки. Традиционно большинство респондентов предпочитают принимать таблетки и порошки после еды. Важность выбора данной формы выпуска оценивалась по десятибалльной шкале (min-max).

Формы выпуска:

- Микстуры - 1
- Мази – 2
- Растворы для полоскания - 3
- Сиропа - 4
- Капли – 5
- Спреи – 6

Аэрозоли - 7
Пастилки - 8
Порошки – 9
Таблетки – 10



По мнению респондентов предпочтительными противопростудными препаратами являются «Пентафлуцин», «Колдрекс». Для местного применения был выбран: «Гексорал»; при насморке - «Нафтизин».

Опрашиваемые люди наиболее часто используют таблетки для рассасывания «Шалфей» и лекарственные леденцы «Септолете»; пероральные противовирусные - «Арбидол»; антибактериальные - «Бисептол».

Факторы, влияющие на выбор лекарственных препаратов:

Фактор	Баллы от 1-5(min-max) (%)
СМИ	1 (11)
Советы друзей	2 (13)
Рекомендации фармацевта	3 (20)
Собственный опыт	5 (34)
Цена	4 (22)

Большое влияние при покупке лекарственных средств на респондентов оказывает собственный опыт и цена медикаментов. Меньшее влияние на выбор лекарств оказывает реклама на телевидении и радио. Следует отметить, что уровень доверия к информации, получаемой из непосредственного общения (знакомые, друзья, советы фармацевтов) превышает уровень доверия к рекламе.

Заключение

В результате проведенных маркетинговых исследований была определена группа лекарственных препаратов, применяемых при ОРВИ.

Наибольшее предпочтение респонденты отдавали зарубежным препаратам, но при этом их цена, для опрошенных, должна быть доступной, а лекарства - эффективными за короткий промежуток времени.

Результаты маркетинговых исследования могут быть использованы для принятия решений в области сегментирования рынка, разработки плана маркетинга и его отдельных инструментов, конкурентоспособности товара и организации. [1]

Выводы:

1. Были разработаны анкеты, состоящие из 20-25 вопросов, для выявления потребительских предпочтений группы лекарственных средств, применяемых при ОРВИ.
2. Анкетирование было проведено в пяти аптеках разных районов города Екатеринбурга.
3. Проанализировав результаты опроса, были выявлены потребительские предпочтения среди лекарственных препаратов, применяемых при ОРВИ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Багирова В.Л. Управление и экономика фармации – М.: ОАО Медицина, 2004.- 639 с.
2. Максимкина Е.А. Современные концепции маркетинга – М.: Медицина, 2004. – 214 с.
3. Ховард Х., Цынкинг Ю.А. и др. Маркетинг. – М.: Юнити Дала, 2005. – 631с.
4. Ресурсы всемирной компьютерной сети Internet.

НАРУЖНЫЕ РАЗРЫВЫ СЕРДЦА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА (ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ, ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ)

Зимницкая О. В., Шубина Е. И.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра внутренних болезней № 1*

Научные руководители: к.м.н., доц. Головенкин С. Е., к.м.н., асс. Парфенова Т. М.

Цель: Изучить частоту возникновения наружных разрывов сердца (РС) у больных инфарктом миокарда (ИМ) в динамике за прошедшие 15 лет, выявить факторы, предрасполагающие к РС и возможности профилактики этого осложнения ИМ.

Методы: Для анализа взяты истории болезни 978 больных острым ИМ, пролеченных в Красноярском городском кардиологическом центре в 1989 и 2003 годах. 447 больных, прошедших лечение в 1989 году составили 1-ю группу, 2-ю группу составили 531 больной, пролеченных в 2003 году. Группы достоверно не различались по полу, локализации и глубине инфаркта миокарда, частоте инфарктов миокарда в анамнезе, сердечной недостаточности, аритмий, сахарного диабета.

Результаты: Среди пациентов 1-й группы РС произошли у 18 из 447 человек (4,0%), в 2-й группе - у 10 из 531 (1,9%) ($P < 0,05$). Таким образом, наблюдалось достоверное снижение частоты РС в 2003 году по сравнению с 1989 годом. В 1989 году частота РС у женщин была достоверно выше, в сравнении с мужчинами, соответственно 7,2% и 2,5% ($P < 0,05$). В 2003 году это различие практически исчезло (1,6% у женщин и 2,1% у мужчин, $P > 0,05$) за счет значительного снижения частоты РС у женщин.

Одновременно было отмечено, что в 1989 году средние величины как систолического, так и диастолического АД в первые сутки заболевания у женщин были достоверно выше в сравнении с мужчинами. Среднее систолическое АД у женщин было равно $141,2 \pm 2,8$ мм рт. ст., у мужчин - $131,4 \pm 1,9$ мм рт. ст. ($P < 0,05$), среднее диастолическое АД у женщин $85,7 \pm 1,6$ мм рт. ст., у мужчин - $82,0 \pm 1,2$ мм рт. ст. ($P < 0,05$). В 2003 году среднее систолическое АД у женщин снизилось до $128,0 \pm 2,4$ мм рт. ст., у мужчин до $125,0 \pm 1,5$ мм рт. ст. ($P > 0,05$). Среднее диастолическое АД у женщин стало равно $76,9 \pm 1,4$ мм рт. ст., у мужчин - $76,4 \pm 0,9$ мм рт. ст. ($P > 0,05$). Таким образом, в 2003 году средние цифры как систолического, так и диастолического АД у мужчин и женщин практически сравнялись (за счет значительного снижения АД у женщин) и приблизились к нормальным величинам.

В 1989 году средняя величина ЧСС у женщин в 1-й день заболевания также оказалась значительно выше, чем у мужчин, соответственно $86,0 \pm 1,5$ в 1 мин. и $81,7 \pm 1,1$ в 1 мин. ($P < 0,05$). В 2003 году средняя величина ЧСС у женщин значительно снизилась ($81,0 \pm 1,7$), у мужчин эта величина практически не изменилась ($80,0 \pm 1,2$). В результате средние величины ЧСС в 2003 году у мужчин и женщин практически сравнялись ($P > 0,05$).

Была проанализирована медикаментозная терапия в стационаре и на этапе специализированной скорой медицинской помощи. Выявлено, что в 2003 году с первых дней заболевания достоверно чаще назначались β -адреноблокаторы, соответственно в 49,2% и 72,3% ($P < 0,01$), инъекционные нитраты (0 и 61,2%, $P < 0,001$), ингибиторы АПФ (0 и 77,2%, $P < 0,001$).

Выводы: Одним из важнейших путей профилактики РС при ИМ является адекватный контроль за показателями гемодинамики (АД, ЧСС).

ОЦЕНКА ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ СВЯЗИ МЕЖДУ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА И НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ СИНДРОМАМИ

Золотухина В. М.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра нервных болезней*

Научные руководители: д.м.н., проф. Прокопенко С. В., Золотухин М. В.

В настоящее время все большее внимание врачей привлекает такое заболевание как остеохондроз межпозвоночных дисков чаще шейной и поясничной локализации. В литературе описаны многочисленные варианты клинических проявлений остеохондроза, среди которых большее внимание занимают корешковые синдромы. Среди врачей сформировалась устойчивое мнение о главенствующей роли остеохондроза в формировании различных болевых синдромов. Действительно, болевые феномены в области позвоночника, туловища и конечностей встречаются практически у каждого человека в трудоспособном возрасте после 40 лет. На спондилограммах у пациентов этого возраста почти в каждом случае обнаруживаются признаки дегенеративно-дистрофического поражения позвоночника. Высокая частота этих находок сформировала представления о несомненной зависимости боли от остеохондроза. Пропаганда подобных взглядов не только в медицинской литературе, но и в средствах массовой информации привела к тому, что "остеохондроз" стал основной жалобой, как при посещении врача, так и при общении людей друг с другом. Многие авторы расширительно толкуют и само понятие "остеохондроз", включая в него такие рентгенологические проявления, как деформирующий спондилез и спондилоартроз.

Опыт обследования пациентов различного возраста позволяет не только подтвердить существование патогенетической связи между остеохондрозом позвоночника и неврологическими синдромами, но и радикально пересмотреть широко распространенные представления об этой патологии. Прежде всего, целесообразно четко придерживаться разработанной рентгенологической школой классификации дегенеративно-дистрофических поражений позвоночника, так как каждый из выделяемых ими вариантов имеет свои патогенетические особенности воздействия на отдельные неврологические структуры. В частности, деформирующий спондилез передней продольной связки развивается как саногенетический процесс, направленный на укрепление связочного аппарата и препятствующий развитию остеохондроза соответствующего межпозвоночного диска. При анализе спондилограмм нередко легко можно убедиться в отсутствии признаков остеохондроза

диска, на уровне выраженного деформирующего спондилеза. Вместе с тем даже выраженные обызвествления передней продольной связки не соприкасаются со спинномозговым корешком и не оказывают механического воздействия на корешки и спинной мозг. По-иному следует расценивать деформирующий спондилез задней продольной связки, которая в норме интимно спаяна с фиброзным кольцом межпозвоночного диска и не спаяна с периостом тела позвонка.

При дегенерации межпозвоночного диска эта связка оксифицируется также по саногенетическому принципу, однако, всегда отражает наличие остеохондроза соответствующего диска.

Деформирующий артроз дугоотростчатых (фасеточных) суставов может приводить к деформации межпозвоночного отверстия, что способствует нарушению микроциркуляции в тканях этого отверстия, включая и спинномозговой корешок. В связи с этим деформирующий спондилоартроз клинически может проявляться не только хрустом и ограничением подвижности в соответствующем позвоночном двигательном сегменте, но нередко и корешковым синдромом.

Физическая нагрузка с наклонами туловища (позвочника) вперед при остеохондрозе межпозвоночного диска способствует просачиванию через трещины в фиброзном кольце диска молекул его пульпозного ядра и их попаданию в венозную кровь внутреннего венозного сплетения позвоночника. Эти молекулы являются аутоантигенами, и в ответ на них иммунная система вырабатывает антитела, которые накапливаются вблизи дегенерированного диска и вызывают инфильтрацию, гипоксический отек (аутоиммунное асептическое воспаление) в эпидуральной клетчатке, где проходит соответствующий спинномозговой корешок. Через несколько часов после попадания молекул дегенерированного диска в кровь вследствие иммунологической реакции развивается клиническая картина поражения корешка. В пользу такого предположения свидетельствует нередко наблюдаемый эффект от применения глюкокортикоидов при обострениях дискогенных радикулитов.

Говоря об остеохондрозе, следует упомянуть и другие варианты патологии межпозвоночного диска: фиброз диска, грыжу диска и грыжу Шморля. Фибрирование межпозвоночного диска приводит к органическому блоку соответствующего позвоночного двигательного сегмента. Этот процесс обычно формируется в молодом возрасте.

У таких пациентов рано возникает остеохондроз диска в смежных позвоночных двигательных сегментах. Грыжа диска развивается обычно при резких физических нагрузках, превышающих физиологические барьеры внутрисдискового давления. Выход пульпозного ядра диска в сторону позвоночного канала может сопровождаться компрессией содержимого канала (спинной мозг или спинномозговые корешки, артерии, вены). Необходимо подчеркнуть, что грыжа может формироваться при нормальном диске, т. е. без явлений остеохондроза. В случаях наличия дегенерации диска требуется лишь меньшая сила нагрузки на этот диск, чтобы вызвать формирование грыжи.

При интраспонгиозной грыже Шморля фрагмент пульпозного ядра погружается вместе с частью замыкательной пластинки в тело позвонка, обычно вышележащего. Грыжи Шморля чаще развиваются в грудном и поясничном отделах позвоночника. Естественно, при грыже Шморля никакие структуры нервной системы не сдавливаются. Боль носит локальный характер (дискалгии).

При исключительно большой частоте диагностирования «остеохондроза» как причины различных болевых синдромов вокруг позвоночника и в конечностях врачами нашей страны вызывает удивление отсутствие постановки таких диагнозов врачами Европы и Америки. Нами проведены исследования патогенеза болевых синдромов различной локализации (шейной и плечевого пояса, грудной, поясничной и тазового пояса).

Изучено более 300 пациентов в возрасте от 18 до 70 лет. Из них у 23,7% больных выявлены корешковые синдромы, которые развивались вследствие остеохондроза соответствующего межпозвоночного диска. У остальных 76,3% пациентов боль не совпадала с зоной иннервации дерматомов, не изменялись глубокие рефлексы, не было вялых парезов. Мы диагностировали не только спондилогенные, но и миофасциальные болевые синдромы. Последние могут возникнуть не только как идиопатические заболевания, но и (чаще) в рамках отраженных спондилогенных болей. При длительном напряжении поперечнополосатой мышцы происходит нарушение микроциркуляции в определенных ее зонах. По нашим данным, в спазмированной мышце в первую очередь нарушение микроциркуляции возникает в ветвях артерий,ходящих под тупым углом. Вследствие гипоксии и отека в мышце формируются зоны уплотнений в виде узелков и тяжелей.

В литературе уже давно описывались болезненные узелки в мышцах (узелки Корнелиуса, Шаца, Мюллера). Такие зоны болезненных уплотнений мышц нередко являются триггерными точками – источниками болевых феноменов. Боль при этом редко бывает локальной, чаще она является отраженной и не совпадает с зоной иннервации определенных нервных корешков. Это имело место у 40,1 % больных.

В целях уточнения возможного патогенеза болевых ощущений в области позвоночника и конечностей мы провели послойное анатомо-топо-графическое исследование мышц туловища и, в частности, паравертебральных. При этом особое внимание обращали на проникающие через толщу мышц нервные структуры – разветвления спинномозговых корешков.

Выявлена естественная закономерность: чем глубже расположена мышца, тем более крупный ствол ее пронизывает. Наиболее крупные нервы проникают через мелкие мышцы позвоночника, управляющие межпозвоночными суставами. При длительном активном сокращении (во время выполнения физической работы в неудобной позе) или при патологическом спазме этих мышц происходит нарушение функции проникающего нерва вследствие расстройства микроциркуляции в нем по типу туннельной компрессионно-ишемической невралгии.

Клинически это проявляется болью не в зоне дерматомов, а в зоне чувствительной ветви ишемизированного нерва или отраженной болью с участием вегетативной нервной системы. Двигательные расстройства (фасцикуляции, парезы с атрофией мышц) локализуются не во всем миотоме, а только в отдельных мышцах (невротоме). При проведении тепловизионного обследования таких больных обнаруживается пятнистая тепловизиограмма на туловище и конечностях.

Выявление мышечного спазма и болезненных уплотнений мышц важно для определения лечебной тактики. При первичной роли остеохондроза с иммунологическим воспалением в патогенезе неврологического синдрома им назначали постельный режим, антигипоксанты, противоотечные препараты, включая короткий курс лечения кортикостероидами (30-40 мг/сут преднизолона на 5 дней). При миофасциальном патогенезе болевого синдрома (спондилогенном и неспондилогенном) эффективны приемы мягкотканной мануальной терапии (методики миофасциального расслабления, мышечно-энергетические техники).

Итак, наши исследования позволяют сформулировать следующие положения:

1) в клиническом мышлении современных врачей необоснованно доминирует представление о ведущей роли “остеохондроза” в формировании болевых неврологических синдромов;

2) дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника встречаются в различных вариантах: деформирующий спондилез передней и задней продольных связок позвоночника, деформирующий спондилоартроз, остеохондроз диска, фиброз диска, остеопороз позвоночника, включая гормональную спондилопатию, и их сочетание. Каждый из этих видов дегенерации тканей позвоночника имеет свои особенности в патогенезе поражения нервной системы. Главными патогенетическими факторами являются: ирритативно-рефлекторные влияния, иммуно-инфильтративный асептический дискогенный воспалительный процесс, микроциркуляторные расстройства, компрессионные факторы и их сочетание;

3) у пациентов с болевыми синдромами в области туловища и конечностей почти в 2/3 случаев главным патогенетическим фактором является миофасциальная патология с отраженной болью или с компрессионно-ишемической туннельной нейропатией.

4) частота миофасциальной патологии, которая не только встречается самостоятельно, но и почти всегда сопутствует спондилогенным неврологическим синдромам, подтверждает целесообразность овладения практическими приемами мягкой мануальной терапии и расширения функциональных обязанностей врача-невролога (не только консультирование больных, но и непосредственное лечение в момент неврологического обследования пациента).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дривотинов Б. В. Неврологические нарушения при поясничном остеохондрозе. - Минск, 1979.
2. Дубнов Б. Л. Поясничный диск. — Киев, 1967.
3. Жарков П. В. Остеохондроз и другие дистрофические изменения позвоночника у взрослых и детей. — М., 1994.
4. Клименко А. В., Скоромен А. А., Выкриач М. О. Атлас приемов мануальной терапии при остеохондрозе позвоночника. — Львов, 1995.
5. Косинскан Н. С. Дегенеративно-дистрофические поражения костно-суставного аппарата. — Л., 1961.
6. Юмашев Г. С., Фурман М. Е. Остеохондрозы позвоночника. -М., 1973.

УДК 614.252.8:612.821

ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СИСТЕМЕ ВРАЧ-ПАЦИЕНТ, ПАЦИЕНТ-ВРАЧ

Золотухина В. М.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра ортопедической стоматологии

Кафедра нервных болезней

Научные руководители: д.м.н. Манашев Г. Г., д.м.н., проф. Прокопенко С. В.

Тенденция к увеличению числа лиц пожилого и старческого возраста [5, 2, 10], а также сложных в психологическом плане пациентов на ортопедическом приеме [2, 8] требуют от врача строгого соблюдения принципов медицинской этики и деонтологии [2, 3, 10]. При оказании ортопедической стоматологической помощи инвалидам, лицам пожилого и старческого возраста возникают большие трудности. Знание характерологических черт, присущих людям старших возрастных групп, несомненно, облегчит налаживание и поддержание необходимого контакта с ними [1]. К сожалению, исследования личностных особенностей при старении в отечественной литературе немногочисленны [4]. Что же касается работ, посвященных психологическим аспектам обращения с пациентами пожилого и старческого возраста на этапах ортопедического лечения, то их практически нет. Хотя, как известно, каждая отрасль медицины имеет свои особенности обращения с больными, которые подлежат глубокой и тщательной разработке [8].

Необходимость узкой специализации врачей и использование большого числа параклинических методов исследования таит в себе известную опасность. При подобном подходе медицинское мышление сосредотачивается на патологии отдельных систем и органов, и такая узкая направленность заслоняет восприятие больного в целом, затрудняет возможность видеть личность страдающего человека во всей ее полноте, со всеми присущими ей индивидуальными особенностями, проблемами, стремлениями, огорчениями и надеждами [5].

Анализ специальной литературы и опыт врачей показали, что основной причиной, порождающей недовольство больных, является односторонний подход к ортопедическому лечению. Стоматологи-ортопеды, как правило, в процессе лечения основное внимание уделяют конструктивно-техническим вопросам, в то время как личность больного как бы отодвигается на задний план [4, 5, 10]. Клинический опыт подтверждает, что даже самое совершенное лечение не принесит пациенту удовлетворения, если отсутствует взаимопонимание между ним и врачом [1, 5]. Следует подчеркнуть, что сложные взаимоотношения в системе врач – больной строятся на психологических принципах и специфике ортопедического лечения [8]. Поэтому стоматологи-ортопеды должны уметь диагностировать поведенческие реакции больных, чтобы уменьшить число ошибок [2,3,4].

Отмечено, что сотрудничество и взаимопомощь, крайне необходимые для успешного осуществления лечебно-профилактических мероприятий, в процессе общения врача и больного обесцениваются.

Исходя из этого, мы сочли целесообразным обобщить опыт общения с инвалидами, лицами пожилого и старческого возраста на этапах ортопедического лечения. Чтобы оказать действенную ортопедическую помощь людям старших возрастных групп на амбулаторном приеме или на дому, медицинский персонал должен не только уметь отличить чисто возрастные сдвиги в организме стареющего человека от нарушений, обусловленных болезнью и требующих профилактических и лечебных мероприятий, но и достаточно хорошо знать психологию стареющего человека. Биологическое увядание отражается на особенностях личности. Многие пожилые люди страдают от одиночества, боятся оставаться наедине с собой, ибо их страшит возможность внезапного ухудшения состояния здоровья и смерти. Поэтому они с нетерпением ждут встречи с добрым и внимательным врачом. Такие пациенты остро воспринимают любую бестактность со стороны медицинского персонала. Для многих из них та теплота, которую они получают от врача, становится источником хорошего самочувствия, сглаживает трудности, связанные с лечением, в частности с протезированием [6,7,8].

Пожилые люди, как правило, очень чувствительны к форме обращения, репликам, разговорам медицинских работников, касающимся их состояния. В связи с этим необходимо контролировать свою речь. Обращаться с такими пациентами следует деликатно, доверительно, спокойно. Снять остроту психологической реакции на предстоящее ортопедическое лечение очень важно уже при первой встрече с больным, для которого посещение врача должно сопровождаться психотерапевтическим воздействием, освобождать от переживаний [7]. При ортопедическом лечении доходчиво и спокойно объясняют больному, что намечено сделать и какой эффект можно ожидать.

Нелегко завоевать внимание и доверие больного. Для этого надо быть доброжелательным слушателем, так как больные пожилого возраста обычно любят поговорить. Не стоит резко прерывать беседу, так как вследствие повышенной чувствительности больных к обидам и невниманию окружающих можно надолго утратить нужный контакт с пациентом и тем самым лишить себя помощника в лечении [9]. Специальные профессиональные знания чрезвычайно важны [6], но между реализацией их и психологическим воздействием на больного не должно быть границы. Когда мы говорим о необходимости установить психологический контакт с больным, это значит, что нужно приспособиться к нему, понять его особенности.

Способность психологического воздействия на больных старших возрастных групп во многом определяется личностью врача-ортопеда. Никаким самым сложным оборудованием и аппаратурой невозможно заменить его личного контакта с больными. Чтобы подход к каждому больному был сугубо индивидуальным и учитывал все особенности его поведения и состояния здоровья, познания врача-ортопеда в области психологии и психотерапии должны постоянно совершенствоваться. Постоянный контроль своих чувств и действий, тщательное обдумывание каждого своего жеста и особенно слов позволяет врачу-ортопеду правильно строить отношения с больными.

Невротические черты личности врача препятствуют налаживанию контакта с больными, более того, они могут оказывать вредное воздействие на ход лечебного процесса. Душевное состояние стоматолога-ортопеда, не научившегося владеть собой, передается больным, большинство из которых впечатлительны и ранимы, внушаемы и настороженны, страдают многими заболеваниями, в том числе ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью, атеросклерозом, психическими заболеваниями и невротическими расстройствами. Поэтому профилактика и купирование эмоционального компонента боли у пациентов группы риска [1,3] приобретает важное значение во время ортопедического лечения. Если врач-ортопед видит, что отношения между ним и больным не складываются, следует нести себя сдержанно, терпеливо, не поддаваясь на провокации со стороны больного и не провоцируя его, стараться спокойствием и пониманием постепенно завоевать доверие пожилого человека. Врач интуитивно лучше относится к одним больным, а к другим у него возникает необоснованное предубеждение.

Надо уметь владеть своими эмоциями, не давать им выхода. Научиться получать удовлетворение от общения именно с «трудными» больными – важная задача. Таких больных опытные врачи чувствуют, как говорится, без слов, им порой достаточно одного взгляда. И что интересно: степень сдержанности у таких больных, как правило, прямо пропорциональна квалификации и общей культуре врача-ортопеда. Большую роль в общении с такими больными оказывает коллектив медицинских работников, взаимоотношения между ними, стиль и методы их работы.

По ходу лечения надо все время вести беседу с больным, строя общение в зависимости от черт его характера: с кем-то больше беседовать, с кем-то быть строже, кому-то уступить, с кем-то настоять на своем. Необходимо критически относиться к себе, учиться у более опытных коллег, прислушиваться к их советам и замечаниям. Отсутствие разумной терпимости к мнению своих коллег, излишнее самомнение и самолюбие – все это не способствует авторитету врача и его профессии [2,4].

На взаимоотношения в системе врач – больной большое влияние оказывает личный авторитет врача. Согласно проведенным социально-психологическим исследованиям, 38,2±2,1 % недовольных больных в процессе общения друг с другом, в общественных местах, в жалобах в органы здравоохранения высказывали свое недовольство лечебной деятельностью отдельных врачей. Важное значение имеет психологическая настроенность больного лечиться у определенного врача. По данным исследования, 32,7±1,4 % пациентов выбирали его себе по рекомендации знакомых, близких, случайных людей. Те, кто не смог по какой-либо причине попасть к выбранному врачу, в связи с этим расстраивались (36,1±3,5 %), испытывали неудовлетворенность в связи с направлением к незнакомому доктору (19,2±1,6 %). Было установлено, что ряд больных (19,7±1,7 %) в связи с некачественным изготовлением протезов обратились к другому врачу, лечением которого остались довольны. [2,3,4,6,9,10].

В заключение следует подчеркнуть, что качество ортопедического лечения в большой мере зависит не только от совершенства организации ортопедической стоматологической помощи, но и от индивидуальных особенностей врача и больного.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Банщиков В. М., Гуськов В. С., Мягков И. Ф. Медицинская психология. – М., 1967. – С. 144—150.
2. Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика. – Киев, 1986. – с. 3-6
3. Гаврилов Е. И., Щербаков А. С. Ортопедическая стоматология. – М., 1984. – С. 82
4. Завилянская Л. И. Психотерапии неврозоподобных состояний Киев, 1987. – С. 77.
5. Квасенко А. В., Зубарев Ю. Г. Психология больного. – Л., 1980. – С. 153.
6. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине: Пер. с чешек. – 2-е изд. – Прага, 1983. – С. 307.
7. Кульбеков К. /С Психопрофилактика в ортопедической стоматологии. – Алма-Ата, 1981. – С. 31–32
8. Лежелекова Л. Н., Якубов Б. А. Психогигиена и психопрофилактика в работе практического врача. – Л., 1982. – С. 151 – 155.
9. Паламарчук В. М., Хихлив Э. М. Медицинская деонтология и психотерапия в стоматологии. – Киев, 1984.
10. Угулава С. М. О стоматологической деонтологии. – Севастополь, 1968. – С. 19.

ФЛЮОРОЗ. ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ, МЕТОД МИКРОАБРАЗИИ**Золотухина В. М., Терских Д. М.***Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого**Кафедра ортопедической стоматологии***Научный руководитель: д.м.н. Манашев Г. Г.**

Флюороз - заболевание, связанное с интоксикацией фтором, возникающее в результате повышенного содержания фтора в питьевой воде. Одним из наиболее ранних признаков флюороза является поражение зубов. Фтор широко распространен в природе. Наибольшее количество фтора встречается в минеральных источниках. Он является важным биологическим элементом, выполняющим физиологическую роль в организме. Фтор входит в состав всех органов человека, но в основном он содержится в костях и зубах. Взрослый человек получает в среднем с продуктами 0,5-1,1 мг фтора в сутки с пищевыми продуктами и 2,2-2,5 мг с водой. Характерно, что фтор пищевых продуктов всасывается хуже, чем фториды, растворимые в воде. Чем больше фтора в питьевой воде, тем чаще встречается флюороз и меньше - кариес. Флюороз в первую очередь проявляется на резцах верхней челюсти и премолярах, реже на резцах нижней челюсти и молярах. Установлено, что большая часть фтора, поступающего в организм, выделяется почками и потовыми железами, а меньшая часть задерживается в организме. Предполагают, что фтор, являясь ферментативным ядом, при длительном его применении нарушает минерализацию эмали. При обнаружении первых признаков флюороза рекомендуется отказаться от всех фторированных продуктов (фторированная зубная паста, фторированная соль и др.). По возможности пить и готовить на бутилированной воде с оптимальным соотношением микроэлементов. Особенно это важно для растущих детей и будущих матерей, так как именно в их организмах идет формирование зубочелюстной системы [1,2,4,6].

Эндемический флюороз связан с избыточным поступлением фтора в организм человека с питьевой водой, продуктами питания. Чаше встречается в зонах с повышенной концентрацией фтора в питьевой воде. Особенно тяжёлые проявления его отмечены в США, Северной и Южной Африке, Индии, Италии, Мексике. В нашем крае зоной эндемического флюороза отмечен Балахтинский район. Нередко обнаруживается в зоне металлургических и химических предприятий, выбрасывающих в атмосферу фтор. Многочисленными исследованиями доказано, что концентрация фтора в питьевой воде до 0,5 мг/л не вызывает изменений в тканях зубов. При концентрации фтора 0,8-1,0 мг/л легкие формы флюороза возникают у 10-12% населения; при концентрации 1,0-1,5 мг/л - у 20-30%; при 1,5-2,5 мг/л - у 30-45%; свыше 2,5 мг/л - более чем у 50% населения [4,6,9]. Чем выше концентрация фтора в питьевой воде, тем выше распространённость и интенсивность флюороза. Вместе с тем известно, что наличие значительных количеств кальция в воде уменьшает развитие флюороза. Флюороз в известной степени - общее заболевание скелета человека и животных, но мы касаемся лишь флюороза зубов.

Пути лечения флюороза зубов. Во-первых, оно должно быть направлено на реминерализацию тканей зуба и носить общий и местный характер. Во-вторых, оно должно быть реставрационным - восстанавливать форму и цвет зубов. В этом плане с учётом имеющихся морфологических данных не следует начинать лечение зубов, поражённых флюорозом, с использованием даже современных композитов. Покрытие ими зубов чревато большими разрушениями структуры эмали и дентина и последующим выпадением пломбировочного материала. Что касается непосредственно лечения флюороза зубов, то большинство авторов рекомендовало проведение общего лечения: назначение фосфорно-кальциевых препаратов и витаминов, устранение избыточных количеств фтора из питьевой воды и пищи. Большинство рекомендаций о местном лечении флюороза зубов сводилось к отбеливанию пигментированной эмали разными кислотами, перекисями и другими веществами с последующей нейтрализацией их действия щелочными препаратами, 10% раствором глюконата кальция.

Методика отбеливания. Используются пластмассовые губодержатели. Десну смазывают вазелином, накладывают увлажнённый 33% раствором пергидроль валик на 5-7 минут, периодически меняя (длительность процедуры 20-25 минут). При отрицательном эффекте используется 36% раствор HCl и 33% раствор H₂O₂ в соотношении 1:2 на 5-7 минут. Далее используется валик с 33% раствором H₂O₂ на 10-15 минут. Затем полоскание 1% раствором соды или водой. Сеанс заканчивают электрофорезом 5% раствора хлорида кальция на 20 минут (с положительного электрода), ежедневно или через день 8-10 сеансов, при силе тока 1,5-2,0 мА [7,8,10]. Были предложены специальные зубные пасты, содержащие цитрат натрия (хелатирующий агент), лимонную кислоту (хелатирующий и очищающий агент), протеолитический фермент, окись алюминия (полирующий агент), а также монофосфат натрия или кальция фосфат. По их данным, эти пасты отбеливают зубы, особенно после профессиональной гигиенической очистки зубов. К сожалению, в настоящее время в свободной продаже имеется много различных средств, предназначенных якобы для эффективной очистки и отбеливания зубов в домашних условиях. Эти препараты содержат сильные перекисные соединения, вызывающие необратимую деминерализацию эмали, поэтому пациенты не должны проводить отбеливание зубов самостоятельно. Это губительно и необратимо отразится на состоянии зубов. Таких примеров уже вполне достаточно. Имеются современные и безопасные методы отбеливания зубов, выполняемые дома, но контролируемые специалистом-стоматологом. Для этих целей использовали индивидуальные прозрачные пластиковые каппы и отбеливающие гели, в том числе 10% перекись карбамида и некоторые другие патентованные составы [8,9,10].

Пожалуй, лишь в начале 90-х годов появилась новая концепция и технология удаления пигментированной эмали с помощью набора материалов «ПРЕМА». В его состав входят соляная кислота слабой концентрации, мелкодисперсный карборунд (абразив) и кремниевый гель. Технология работы предусматривает удаление пятен этой смесью при помощи низкооборотного углового наконечника (чтобы избежать разбрызгивания кислотного материала) и специальных резиновых полирующих чашечек на держателе для нанесения микроабразивного состава на зубы и проведения манипуляций. Автор рекомендует использовать средства защиты для пациента (очки и коффердам), для врача (очки и резиновые перчатки). Обработка эмали проводится в течение 15-30 с последующим смытием абразивного состава в течение 30 с. Наряду с этим автор рекомендует проводить обработку зубов после процедуры микроабразии фторсодержащим раствором. По данным автора, с помощью указанной технологии и состава можно добиться хороших и стойких результатов (Croll Th.R., 1990; Кролль Т.П., 1996). Устранения пятен и слабой пигментации можно добиться комплексной реминерализующей

терапией по уже описанной схеме. Следовательно, штриховую, пятнистую, меловидно-крапчатую формы генерализованного флюороза зубов следует лечить как пятнистую форму гипоплазии курсами комплексной реминерализующей терапии в среднем в течение 6 мес. - 2 лет. Необходимо отметить, что результаты наступают быстрее, чем при гипоплазии эмали. Более сложные и тяжёлые формы флюороза требуют пломбирования дефектов эмали после предварительного месячного курса общей и местной реминерализующей терапии, как было указано ранее. При этом пломбирование зубов у детей в этих случаях следует проводить с использованием стеклоиономерных цемента. Затем они могут быть частично заменены на композитные пломбировочные материалы.

Мы поставили перед собой задачу исследовать возможность использования в зубной пасте новейших абразивных компонентов – детонационных наноалмазов. Этот материал сам по себе является абразивом. Частицы наноалмаза получают при детонации сильных взрывчатых веществ. На поверхности данного материала большое количество различных химических групп (гидроксильные, карбонильные, карбоксильные и т.д.). Эти группы обладают высокими сорбционными свойствами по отношению к биологическим макромолекулам, ионам металлов, различным химическим соединениям. В медицине использовались в качестве энтеросорбента, в качестве носителя препаратов применяемых в лечебных целях. Наша цель – выявить возможность применения данного материала как составляющего компонента в смеси веществ применяемых в лечении флюороза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баум Л. с соавт. Руководство по практической стоматологии. - М.: Медицина, 2005.
2. Боровский Е.В., Леус П.А., Леонтьев В.К. и др. // Эпидемиологическое обследование состояния полости рта населения: Метод. рекомендации. – М., 1985.
3. Водолацкий М.П. с соавт. Профилактика и эпидемиология стоматологических заболеваний: Учебное пособие. – Ставрополь: Из-во СГМА, 2004. – 200 с.
4. Водолацкий М.П. Учебное пособие по стоматологии для педиатров. – Ставрополь: СГМА, 2004. – 150 с.
5. Окушко В.Р. Физиология эмали проблема флюороза зубов. – Кишинев, 1989. – С. 60; 64-65.
6. Терехова Т.Н., Попруженко Т.В. Профилактика стоматологических заболеваний, Учебное пособие. – Минск: Беларусь, 2004. – 526 с.
7. Тумшевиц О.Н. Эстетическая стоматология: Учебно-методическое пособие. - Красноярск: изд-во КрасГМА, 2005. 125с.
8. Федоров Ю.А. Гигиена полости рта. – Л., 1972.
9. Федоров Ю.А., Корень В.Н. Основы гигиены полости рта. – Л., 1973.
10. Федоров Ю.А. Профилактика заболеваний зубов и полости рта. – Л., 1979.

УДК 616.7-002-053.2

АРТРИТЫ У ДЕТЕЙ

Золотухина О. А.

*Амурская государственная медицинская академия
Кафедра детских болезней*

Научный руководитель: к.м.н., асс. Шанова О. В.

В последние годы заболевания суставов по данным многих авторов приобретают все большее значение, поражая людей разных возрастных групп и приближаются по степени распространенности к таким заболеваниям, как гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца. Этот процесс находит свое отражение в закономерном увеличении доли патологии суставов в детском возрасте, при этом воспалительные заболевания выступают на первый в общей структуре поражений опорно-двигательного аппарата у детей. В связи с этим мы поставили перед собой цель оценить влияние хронической персистирующей инфекции на особенности суставного синдрома у детей. Для этого нами было проанализировано 96 историй болезни детей с различными суставными заболеваниями, находившихся на лечении в детской городской больнице в педиатрическом и хирургическом отделениях в период с 2006 по 2008 года. По структуре диагнозов больных распределили на 3 группы: I группа- 30 человек с артралгиями, II группа- 54 человека с реактивными артритом (РА), III группа- 12 человек с юношескими хроническими артритом (ЮХА). Средний возраст детей, подверженных поражению суставов составил 10лет. Соотношение мальчиков и девочек по группам практически не отличалось и составило 1:1,2. Во всех группах заболеваемость закономерно увеличивалась в осенне-весенний период 65,6% (63).

У большинства детей I группы артралгии возникли на фоне полного здоровья-56,6% (17). Влияние инфекции выявлено в 33,3% (10), такие дети за 1-3 недели до появления артралгий перенесли ОРВИ; травматическое влияние в 10%(3), точнее физическая перегрузка сустава. Во II группе инфекционное начало выявлено у 46,3% (25); травматическое влияние 22% (12); на фоне полного здоровья 31% (17). В группе ЮХА фактором, спровоцировавшим обострение в 50% (6) послужила инфекция; 8,3%(1) в анамнезе было пищевое отравление.

Благоприятное течение и разрешение заболевания в течение 1 года характерно для детей I и II группы в 53,3%(16) и в 74%(40) соответственно, при этом у большинства патологический процесс купировался в течение месяца. Склонность к длительному хроническому течению выявлена у детей III группы - 83% (10) поражение суставов длится более 1года, при чем в 30%(3) более 5 лет. Артралгии в 46.6 % (14) беспокоят детей более 2 лет, среди которых, 23,3% (7) в течение 3 лет и у 1 ребенка(3,3%) -5 лет.

Анамнез жизни у детей с патологией суставов в 3 группах по многим показателям был отягощен. Патология беременности и родов выявлена у одной трети детей 31,6% (30): токсикоз-5,2%(5), угроза прерывания беременности-10,4% (10), анемия -1%(1), родоразрешение путем кесарева сечения -11,4% (11). У 23,9% (23) детей в период новорожденности была патологическая масса тела, гипотрофия 9,3%(9), гипертрофия-14,5% (14).

Аллергологический анамнез отягощен у 17,7 % (17) во всех трех группах: лекарственная аллергия -9,3% (9), пищевая-5,5% (5), поливалентная -2% (2), на бытовую химию и неизвестной этиологии по 1% (1).

Наследственная предрасположенность выявлена в 12,5% (12) по всем группам. У детей с артралгиями это составило 23,3% (7), во II группе 9,2% (5), при ЮХА- 16,6% (2) .

Вовлечение в патологический процесс суставов различно по группам. В I группе преобладало моно-, олигоартрикулярное поражения 40% (12), 33,3%(10). Реактивные артриты в большинстве случаев протекали как моноартрит с вовлечением крупных суставов-64,8% (35), полиартрит менее характерен для данной группы-11% (6). В III группе в 100 встречался полиартрит.

В большинстве случаев в патологический процесс вовлекались крупные суставы нижних конечностей, что обусловлено сложным анатомическим строением и повышенной нагрузкой. В 38,3% (64) поражались коленные суставы, 31,3% (52) голеностопные суставы, тазобедренные суставы-13,7% (23). Наиболее редко поражались крупные суставы верхних конечностей: локтевой- 3,5% (6), лучезапястный- 4,1% (7), единичные случаи вовлечения височно-челюстного и поясничного сочленения по 0,5% (1).

Активность процесса оценивалась по клиническим и биохимическим показателям крови: лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ, фибриноген, СРБ. Активность процесса в I и II группе схожа и варьировала по всем показателям 5,5 % (3) до 35% (19). В III группе активность процесса значительно выше от 41,6% (5) до 75% (9). При склонности к длительному хроническому течению, у детей III группы наиболее информативен показатель ЦРБ, при остром течении чаще увеличивалось СОЭ.

Возникновение суставного синдрома, как в целом, так и в частности в каждом отдельном заболевании полиэтиологично. Немало важную роль играет инфекция. О прямом или опосредованном влиянии инфекции судили по ИФА крови с выявлением антител к ЦМВ, ВПГ, хламидиям, лямблиям, токсокару. В I группе инфекция выявлена у 50% (15), при чем ВПГ в 26,6% (8), к лямблиям -10% (3). Возникновение РА в 61,1 % (33) связана с наличием инфекции, хламидийной в большинстве случаев-29,6 % (16), у двоих детей были выявлены антитела к лямблиям и токсокару. В III группе роль возбудителей поделилась поровну и составила 50%.

Кроме инфекции фоновым состоянием при поражении суставов являются изменения со стороны соединительной ткани. Синдром дисплазии соединительной ткани (СДСТ) выявлен в 51% (49). Наряду с суставной формой встречались и органоспецифические проявления “слабости соединительной ткани”. В I группе они встречались в 60% (18), у детей с артритом в 44,4%, в III- 96,1% (11). Наиболее частые проявления СДСТ были со стороны сердечнососудистой системы, в виде аномально расположенных или добавочных хорд левого желудочка, пролапса митрального клапана.

У 48,9% (47) детей была диагностирована сопутствующая патология, которая при необходимости корректировалась лечением. Наиболее часто встречалась патология со стороны сердечнососудистой системы 47,9% (46), среди которых наиболее часто встречались дети с миокардиодистрофией, открытым овальным окном 25% (24) и 22,9 (22) соответственно. Анализ данных ЭКГ исследования показал, что 53% (51) имеют отклонения от нормы. У 32,2% (31) выявлена патология со стороны ЛОР органов, 15,6- патология со стороны органов ЖКТ, 4,1 % (4) мочевого пузыря.

Для ЮХА характерен полиартикулярный вариант с поражением мелких суставов, а для реактивного артрита и артралгий поражение крупных суставов в виде олиго- и моноартрита.

Период обострения суставного синдрома приходится на осеннее-весенний период.

В течение суставного синдрома немаловажную роль играет инфекция при реактивном артрите хламидийная, при артралгиях - ВПГ, при ЮХА не выявлено характерного преобладания.

Высок удельный вес поражения соединительной ткани у больных с суставным синдромом, в виде диспластических изменений связочного аппарата и внутренних органов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акбаров С.В. Бактериальный артрит у детей // Педиатрия.- Москва, 1999.- 1.- С. 56-59
2. Бельский А.Г. Синдром гипермобильности суставов: номенклатура, клинические проявления и лечение // Consilium medicum.- Москва,
3. Гудкова Е.Ю., Алексеева Е.И. Факторы риска раннего развития кардиоваскулярной патологии у детей, страдающих ювенильным ревматоидным артритом // Вопросы современной педиатрии.- Москва, 2007.- 5.- С. 74-79
4. Дорошенко Ю.А., Никонова Е.И. Реактивные артриты: современные особенности и роль хламидийной инфекции в формировании клинической картины // Терапевтический архив.- Москва, 2001.- 11, С. 40-43
5. Мазуров В.И. Клиническая ревматология.- Москва, 2005.- С. 143-165
6. Яковлева А.А. Болезни суставов в детском возрасте.- Москва, 1977.- С. 38-90
7. Эрдес Ш.Ф. Фоломеева О.М. Проблема ревматических заболеваний в России // Русский медицинский журнал.- Москва, 2004.- 20.- С.1121-1122

УДК 616.366-089.85-089.168.1:612.223.12-02

СПОСОБ ЛОКАЛЬНОЙ ОЗОНОТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ И СПОСОБ ЕГО ОЦЕНКИ И КОРРЕКЦИИ

Зыкунова Е. А., Широкалова А. Е.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра общей хирургии*

Научные руководители: д.м.н., проф. Якимов С. В., к.м.н., доц. Теплякова О. В.

В настоящее время все большее значение в медицине принимают альтернативные, немедикаментозные методы лечения такие, как озонотерапия, связанное с массой минусов традиционной лекарственной терапии [3]. По данным ряда авторов озон имеет два основных механизма действия, зависящих от его концентрации в среде: 1) в высоких дозах он оказывает выраженный противомикробный и противовирусный эффекты, что чаще всего используют локально; 2) в более низких дозах оказывает системное действие вследствие индуцируемых им низких концентраций перекисей [7]. Резорбтивное действие озона широко используют в клинической практике за счет большого количества биохимических и физиологических эффектов [6]. Известно множество методов применения растворенного в жидкости и газообразного озона [1,2]. Существуют работы, посвященные использованию озонированных растворов для комплексного лечения больных острым холециститом в послеоперационном периоде [5]. В некоторых случаях оценка уровня свободных радикалов, перекисного окисления липидов, состояния антиоксидантной системы контроль дозы вводимого растворимого озона осуществляется с помощью хемилюминесцентного анализа [4]. Однако не смотря на широкое применение озонированных растворов при данной нозологии в литературе нет данных об локальном использовании газообразного озона при ведении больных с различными формами острого холецистита в послеоперационном периоде.

Цель исследования: Провести оценку влияния локального воздействия озono-кислородной смеси в области подпеченочного пространства на состояние антиоксидантной защиты, перекисное окисление липидов, уровень свободных радикалов сыворотки крови больных с острым калькулезным холециститом после холецистэктомии и провести подбор оптимальной дозы газообразного озона по данным индуцированной хемилюминесценции.

Материалы и методы исследования: Данная работа основана на результатах исследования на первом этапе 12 больных и на втором этапе 20 больных обоих полов в возрасте от 42 до 83 лет, страдающих желчно-каменной, которым была проведена холецистэктомия из «мини-доступа» с дренированием подпеченочного пространства двумя силиконовыми дренажами. При исследовании макропрепарата желчного пузыря у всех больных был выявлен флегмонозно либо гангренозно измененный желчный пузырь. На первом этапе работы 6 больным опытной группы на 2,4,6 сутки послеоперационного периода через дренажи было введено 60-80 мл озono-кислородной смеси с различной концентрацией озона (по двое больных получали озон в концентрации соответственно <10 мг/л, 10-15 мг/л, >15 мг/л). При этом скорость введения составляла примерно 10 мл/мин для максимального распределения газа и исключения болевого синдрома. Основной задачей данной манипуляции являлось создание максимально возможной концентрации озона в области оперативного приема для профилактики возможного инфицирования, а также с целью окончательного гемостаза и профилактики поздних кровотечений из ложа желчного пузыря. Кроме того предполагалась возможность резорбтивного действия озono-кислородной смеси за счет всасывания и попадания из области локального воздействия в кровяное русло, что повлияло бы на свободно-радикальные процессы в органах и тканях, а следовательно и на показатели хемилюминесценции сыворотки крови. Контрольная группа из 6 больных озон не получала. У больных обеих групп на 3,5,7 сутки забирали 5 мл венозной крови для проведения хемилюминесцентного анализа.

Метод исследования окислительного стресса. Индуцированная хемилюминесценция сыворотки.

В работе использовался биолюминесцентный анализатор БЛМ 8802 М, сопряженный с компьютером в диалоговом режиме (СКТБ «Наука» КНЦ СО РАН). Прибор состоит из кюветного отделения, обеспечивающего размещение анализируемого образца, его перемешивание, размещение фотодатчика (ФЭУ), усилителей аналогового и счетного режимов, источника питания ФЭУ, а также измерительного блока, обеспечивающего регистрацию интенсивности сигнала и его светосуммы за заданное оператором время, констант нарастания и спада ХЛ сигнала. Объектом хемилюминесцентного исследования служила сыворотка крови

Для хемилюминесцентного анализа кровь у больных забирали из кубитальной вены и центрифугировали при 2000 об./мин в течение 15 минут, после чего сыворотку из пробирки осторожно забирали и использовали для ХЛ анализа.

В измерительную кювету вносили 0,1 мл сыворотки крови; 0,4 мл фосфатного буфера (KH_2PO_4 – 0,272г/100мл, KCl – 0,780 г/100мл, $\text{pH}=7,5$), 0,1 мл раствора сульфата железа (0,01 мМ - 0,7г/100мл), 0,1 мл люминола (приготовленного на 1н раствора КОН). Инициирование СРО осуществляли введением 0,1 мл 1% H_2O_2 . Время регистрации показателей составляло 30-60 секунд. Использовали следующие показатели:

I_{max} , мВ – амплитуда вспышки (максимальная интенсивность) ХЛ, наступающей после введения инициаторов.

S , мВ*с – светосумма реакции.

K , у.е.- коэффициент антиоксидантной активности, равный отношению максимальной интенсивности ХЛ к светосумме.

α , у.е.- тангенс угла падения кинетической кривой.

Амплитуда вспышки ХЛ пропорциональна исходному содержанию гидроперекисей в пробе. Величина амплитуды ХЛ, инициированной перекисью водорода, зависит от комплекса взаимодействующих факторов, в числе которых главенствующее место отводится окисляемости липидов, концентрации металлов переменной валентности и содержанию природных антиоксидантов в исследуемом биологическом субстрате.

Светосумма – основной параметр оценки интенсивности ХЛ, позволяющий судить о скорости расходования свободных радикалов в процессе их взаимодействия с АОС, указывает на концентрацию гидроперекисей и интенсивность перекисидации, слабо зависит от концентрации железа и образующегося кислорода, обратно пропорциональна активности антиоксидантной системы.

Отношение I_{max}/S характеризует общую антиоксидантную активность плазмы крови. T_α – показатель скорости спада процессов свободнорадикального окисления в плазме, коррелирующий с индексом K .

Результаты и обсуждение:

Таблица 1

Усредненные данные хемилюминесцентного анализа по подбору концентрации озона

Показатель	<10 мг/л	10-15 мг/л	>15 мг/л	контроль
I_{max} , мВ	88,7	43,4	92,8	90,3
S , мВ*с	96785	28679	128134	97893
$Tg \alpha$, у.е.	0,00298	0,00472	0,00083	0,00295
$K = I_{\text{max}} / S$, у.е.	0,00053	0,00092	0,00033	0,00056

(при $P < 0,05$)

Анализируя приведенные выше данные можно говорить о том, что оптимальной концентрацией озона в озono-кислородной смеси при ее введении в объеме 60-80 мл является концентрация 10-15 мг/л. Только при ней отмечается минимальная агрессивность свободно-радикальных процессов и процессов перекисного окисления липидов с максимальной скоростью и эффективностью работы антиоксидантных механизмов.

На втором этапе исследования 10 больным опытной группы на 2,4,6 сутки послеоперационного периода через дренажи было введено 60-80 мл озono-кислородной смеси в концентрации 10-15 мг/л, 10 контрольным больным озон не вводили. У больных обеих групп на 3,5,7 сутки забирали 5 мл венозной крови для проведения хемилюминесцентного анализа.

Результаты и обсуждение:

Усредненные данные хемилюминесцентного анализа при заданной дозе озона

Показатель	контроль	опыт
I max, мВ	82,4	47,3
S, мВ*с	11674,5	3925
Tg α, у.е.	0,00197	0,00434
K= I max/ S, у.е.	0,00051	0,00113

(при P<0,05)

Из приведенных выше результатов видно, что при данной оптимальной дозе озона, вводимого по дренажным трубкам больным в разные сроки послеоперационного периода антиоксидантная система успешно справляется с агрессией свободных радикалов, в чем немаловажную роль играет эффекты, которые оказывает на нее молекулы озона, играя гомеостатическую роль.

Выводы: Основываясь на приведенных данных можно сделать вывод, что предложенный способ локальной озонотерапии имеет определенные перспективы в комплексном лечении больных с острым калькулезным холециститом, так как наряду с местным бактерицидным и гемостатическим действием в установленной дозе положительно влияет на свободно-радикальное окисление, перекисное окисление липидов и уровень антиоксидантной защиты.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алиев М.А. с соавт. Исследование воздействия озона на организм при различных путях введения // Тезисы докл.2 конф. «Озон – получение, применение». - М. - 1991. - С.15.
2. Булынин В.И., Ермаков А.И., Глухов А.А. и др. Применение озона в комплексном лечении хирургических заболеваний // Сб.науч.-практ.работ.- Воронеж. - 1998. - С. 15-19.
3. Винник Ю.С., Гульман М.И., Якимов С.В. Сочетанное применение озонированного физиологического раствора и антибиотиков в лечении и профилактике гнойных осложнений острого панкреатита // Красноярск. - 2000. - 6 с.
4. Владимиров А.А. Обоснование использования озонотерапии в комплексном лечении больных деструктивными формами острого холецистита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Пермь, 2006. - 23 с.
5. Заривчакский М.Ф., Гришук В.В., Ершов О.Ю. и др. Лечебная тактика у пациентов с острым холециститом // Анналы хирургической гепатологии. - 2004. - Т.9. - №2- С. 124-125.
6. Контрощикова К.Н. Биохимические основы эффективности озонотерапии. Озон в биологии и медицине // Тез. докл. II Всеросс. научно-практич. конф. Нижний Новгород, сент. 1995. - С. 8.
7. Rilling S., Viebahn R. Wissenwerters uder Ozon und Ozon - sauerstoff-Therapiw-Ubersicht und Einfuhrung. Erfahrungs-heilcunde. - 1985. - V.34. - P.325-333

УДК 616.34-008.314.4-085

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ДИАРЕИ С ПОМОЩЬЮ ПРЕПАРАТА «ЭНТЕРОЛ»

Зыкунова Е. А., Широкалова А. Е.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра фармакологии с курсами клинической фармакологии, фармацевтической технологии и курсом ПО*

Научный руководитель: д.м.н., проф. Новицкий И. А.

В настоящее время в связи с неправильным питанием и изменениями окружающей среды изменяется и состояние здоровья человека. Это проявляется нарушениями работы всех органов и систем. Все больше появляется желудочно-кишечных расстройств, а такое проявление, как частая диарея, стало обыденным. Это требует поиска новых и эффективных препаратов для устранения данной проблемы. Одним из таких препаратов является «Энтерол». В литературе приводятся сведения об эффективной терапии «Энтеролом», но остаются публикации о побочных эффектах препарата. Это послужило основанием для исследований эффективности и побочного действия препарата на человеческий организм.

Цель: Оценить эффективность применения препарата «Энтерол» среди больных с заболеваниями, сопровождающимися диареей.

Материалы и методы: Обследование 100 больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, одним из проявлений которых является диарея, в возрасте от 18 до 73 лет. Основной метод исследования – составление анкет и анализ амбулаторных карт.

Результаты: В ходе исследования выявлено, что появление диареи в 43% случаев связано с отравлениями, в 15% - с индивидуальной непереносимостью некоторой пищи, в 13% - обострение своего заболевания (хронический гастрит, лямблиоз, хронический колит, дисбактериоз), в 13% случаев – как побочный эффект после лечения, в 11% - нарушение диеты, в 5% случаев больные ни с чем не связывают появление диареи. Диагнозом для назначения препарата «Энтерол» в 48% случаев послужили хронические заболевания (хронический гастрит, колит, панкреатит, холецистопанкреатит, гепатит, желчекаменная болезнь, синдром раздраженной кишки, хронический холецистит), в 32% - острые заболевания (гастрит, колит, пищевая аллергия, токсикоинфекция, острая кишечная инфекция, пищевое отравление, стресс), в 20% случаев – паразитарные поражения (лямблиоз, дифиллоботриоз, описторхоз, сальмонеллез). В ходе анализа анкет установлено, что «Энтерол» чаще применяют в комплексе с такими препаратами, как антибиотики, витамины, ферменты, спазмолитики, М-холиноблокаторы, а также вместе с народными средствами. Из опрошенных диеты придерживались 19%, диеты придерживались не всегда в 17% случаев, тогда как остальные 64% больных диеты не придерживались. Разовая доза вводимого препарата «Энтерол» – 0,25 мг. Принимали по одной таблетке 1-2 раза в день, курс лечения продолжался 7-10 дней. Наблюдение за изучаемой группой показало, что только у 10% опрошенных после приема «Энтерола» отмечались побочные эффекты в виде индивидуальной чувствительности к компонентам препарата – головная боль, легкое головокружение, снижение аппетита. В группе обследуемых отмечается высокая эффективность препарата «Энтерол», что проявляется улучшением самочувствия и нормализацией стула. По шкале оценки в этой группе исследуемых эффективность препарата составила 9-10 баллов из 10.

Заключение: Препарат «Энтерол» является высокоэффективным и нетоксичным средством для устранения диареи, назначаемый при лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Altvegg M. et al. // Microbiol Ecology in Health and Disease. – 1999. – N11. – P.158-162.
2. McFarland L.V. et al.// The American Journal of Gastroenterology. – 1995. – N90(3). – P.439-448.
3. Vandenplas Y. Clinical use of probiotics. Mith and Reality.
4. WHO Drug Information. – 1995. – N9(1). – P.15-16.
5. Малов В. Антибиотикоассоциированные поражения кишечника // Врач. – 2000.

УДК 362.121:616.9+617-022

ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Иванова А. И.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО*

Научный руководитель: к.м.н., асс. Сергеева И. В.

Внутрибольничные инфекции являются в настоящее время одной из активных причин заболеваемости смертности госпитализированных больных, приводящей прямо или косвенно к резкому увеличению стоимости больничного лечения. Внутрибольничная инфекция (ВБИ) – любое клинически распознаваемое инфекционное заболевание, которое поражает больного в результате поступления в больницу или обращения в нее за лечебной помощью, или инфекционное заболевание сотрудника больницы вследствие его работы в данном учреждении, вне зависимости появления симптомов заболевания во время или после пребывания в больнице. Нозокомиальная инфекция – любая инфекция, которая отсутствовала у больного (даже в инкубационном периоде) до поступления в больницу.

ВБУ являются одной из самых злободневных проблем современного здравоохранения. По данным ВОЗ, частота развития ВБИ колеблется от 3 до 20%. У 5-10% пациентов в современных в развитых странах возникают одна или несколько нозокомиальных инфекций. Нозокомиальные инфекции в отделениях интенсивной терапии поражают около 30% пациентов, а смертность может достигать 44%. В Российском здравоохранении 60 млн. больных ежегодно проходят лечение в ЛПУ, из них 4,2 млн. человек заболевают ВБИ.

ВБИ возникают: у пациентов, инфицированных в стационарах; у пациентов, инфицированных при получении амбулаторной помощи; у медицинских работников, заразившихся при оказании медицинской помощи больным в стационарах и поликлиниках.

Основная масса ВБИ вызывается условно-патогенными возбудителями: стафилококки, стрептококки, синегнойная палочка, протей, клебсиеллы, кишечная палочка, сальмонеллы, энтеробактерии, энтерококки, бактероиды, клостридии; значительное место занимают вирусы гриппа, аденовирусы, возбудители вирусных гепатитов и другие.

Источниками ВБИ являются: больные острой, стертой или хронической формой инфекционных заболеваний, включая раневую инфекцию, а также носители различных видов патогенных и условно-патогенных микроорганизмов; медицинский персонал; носители и страдающие манифестными или стертыми формами инфекций; матери (носители или больные). Полиэтиологичность ВБИ и многообразие источников их возбудителей определяют многообразие механизмов, путей и факторов передачи, имеющих свою специфику в стационарах различного профиля (аэрозольный, контактно-бытовой путь, фекально-оральный, искусственный, парентеральный).

ВБИ на 39,9% состоит из ГСИ новорожденных, 34,5% - послеоперационной инфекции, 15,4% - ГСИ родильниц, 9,5% - кишечных инфекций, 0,7% - ИМП.

Характерным для стафилококковой пневмонии является ее развитие по типу многоочаговой пневмонии с образованием перибронхиальных абсцессов, которые обычно легко дренируются. Начало болезни острое: высокая лихорадка, повторные ознобы, одышка, плевральная боль, кашель с гнойной мокротой, кровохарканье. Физикальные данные включают признаки консолидации легочной ткани, бронхиальное или ослабленное дыхание, участки влажных и сухих хрипов и обычно признаки плеврального выпота. Над крупными абсцессами выслушивается амфорическое дыхание. Пневмония часто осложняется плевритом. Экссудат может быть серозным, серозно-геморрагическим или гнойным.

Большинство раневых инфекций вызывается микроорганизмами, внедряющимися непосредственно в ткани во время проведения хирургических операций. К основным факторам, влияющим на частоту развития раневой инфекции, относятся тип хирургического вмешательства, его продолжительность, мастерство хирурга, состояние здоровья пациента. Большинство раневых инфекций развивается в период от 3 до 7 дней после хирургического вмешательства. Ранние послеоперационные инфекции, возникающие в течение 24-48 ч после операции, обычно вызываются стрептококком группы А или клостридиями. Для стафилококковых инфекций характерно возникновение через 4-6 дней после операции, а грамотрицательные и анаэробные инфекции могут проявиться через неделю и позже. Если оперативное вмешательство производится под прикрытием антибиотиков, инфекция может развиваться позднее.

Наиболее часто ГСИ регистрируются у больных хирургического профиля, в особенности в отделениях неотложной и абдоминальной хирургии, травматологии и урологии. Основными факторами риска являются: увеличение числа носителей штаммов резидентного типа среди сотрудников, формирование госпитальных штаммов, увеличение обсеменности воздуха, окружающих предметов и рук персонала, диагностические и лечебные манипуляции, несоблюдение правил размещения больных и ухода за ними.

Попадание возбудителя в сосудистое русло может произойти при любой нозокомиальной инфекции, но наиболее частой причиной возникновения первичной внутрибольничной бактериемии и гематогенной грибковой инфекции служат инфицированные сосудистые канюли. Инфекции, связанные с манипуляциями на сосудах, составляют около 5% всех внутрибольничных инфекций и 10% всех положительных результатов посева крови. Наиболее частыми этиологическими агентами являются *S. epidermidis*, золотистый стафилококк, грамотрицательные бактерии и энтерококки,

а в тех случаях, когда через катетер вводятся обогащенные питательными веществами жидкости, в роли патогена могут выступать грибы рода *Candida*. Риск септического осложнения, связанного с использованием внутривенной канюли, определяется ее типом, выбором места введения, адекватностью дезинфекции кожных покровов и продолжительностью применения.

Риск заражения внутрибольничным гепатитом В значителен не только для больных, но и для медицинского персонала, работающего с больными или с их кровью. Группу особого риска составляют больные, получившие препараты крови или подвергающиеся гемодиализу. Меры по предупреждению внутрибольничного заражения гепатитом В должны включать: пристальное внимание к мерам предосторожности, направленным на ограничение распространения патогенных возбудителей при инъекциях или при непосредственном контакте; тщательную маркировку всех проб крови и тканевых материалов от больных гепатитом; иммунизация против гепатита В медицинского персонала.

Кишечные инфекции составляют 9,5% от общего количества ВБИ. Среди кишечных инфекций преобладают сальмонеллезы. Регистрируются сальмонеллезы в основном (до 80%) у ослабленных больных хирургических и реанимационных отделений, перенесших обширные полостные операции или имеющих тяжелую соматическую патологию. Выделяемые от больных и с объектов внешней среды штаммы сальмонелл отличаются высокой антибиотикорезистентностью и устойчивостью к внешним воздействиям.

Колит, вызванный *Clostridium difficile* (бактериальная суперинфекция) является последствием повреждения кишечной флоры под влиянием антимикробной терапии. Больные колитом, вызванным *C. difficile*, выделяют во внешнюю среду большое количество возбудителя и создают этим опасность для других больных. Следовательно, необходимо строго соблюдать меры предосторожности по предупреждению распространения инфекции и тщательно дезинфицировать ванны, комнаты, которыми пользовались больные, обеспечение адекватного ухода за больными с потенциально контагиозной инфекцией.

Принципы профилактической медицины должны применяться не только по отношению к больным, но также и к медицинскому персоналу. Работники службы здравоохранения должны осуществлять программу, направленную на выявление контагиозных инфекций и осуществлять повседневный контроль за иммунизацией медицинского персонала, имеющего контакт с больными корью, эпидемическим паротитом, полиомиелитом, дифтерией или столбняком. Медицинские работники, профессиональная деятельность которых связана с частыми исследованиями крови или прямым контактом с больными, имеющими высокий риск заболевания или наличия гепатита В, должны быть вакцинированы. Ежегодно должна проводиться иммунизация медицинских работников против инфекции. Эта иммунизация преследует двоякую цель – снизить частоту передачи внутрибольничной инфекции больным и свести до минимума зимние потери рабочего времени в связи с заболеванием персонала.

Медицинские работники, заразившиеся теми или иными инфекционными болезнями, не должны контактировать с больными в течение всего периода, когда они могут служить источником распространения возбудителя. Часто недооценивается опасность возникновения паронихии и других гнойных очагов, вызываемых *S. aureus* или стрептококками группы А, а при контакте с носителями вируса опоясывающего лишая у чувствительных к этой инфекции лиц может развиваться ветряная оспа.

Большинство внутрибольничных инфекций – это болезни, связанные с прогрессом медицины, и возрастающая ориентация современной медицины на более интенсивное использование техники, как в области диагностики, так и в области терапии, позволяет предположить, что риск заражения больных внутрибольничной инфекцией будет продолжать увеличиваться. С другой стороны, уже установлены многие факторы, способствующие развитию внутрибольничной инфекции, и разработаны меры борьбы с ними. В связи с этим особую роль играют такие мероприятия по борьбе с инфекцией, как соблюдение режима мытья рук, дезинфекция катетеров, ограничение применения антибиотиков.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Буянов В.М., Нестеренко Ю.А. Хирургия. «Медицина», М-1990г.
2. Венцель Р.П. Внутрибольничная инфекция. «Медицина», М-1990г.
3. Димникова Н.П., Сидорова Л.Д., Непомнящих Г.И. Внутрибольничные пневмонии: патоморфогенез, особенности клиники и терапии, критерии прогноза. Издательство РАМН, М-2003г.
4. Семина Н.А. Актуальные вопросы эпидемиологии и инфекционных болезней. «Медицина», М-1999г.
5. Яфаев Р.Х., Зуева Л.П. Эпидемиология внутрибольничной инфекции. «Медицина», М-1989г.

УДК: [613.6:616-051] (571.17)

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Иванова А. Н.

Кемеровская государственная медицинская академия

Кафедра гигиены труда и гигиены питания

Научный руководитель: д.м.н., проф. Михайлуц А. П.

Актуальность. Здоровье медицинских работников (МР) является значимой проблемой, в связи с высокой их заболеваемостью и немалой социально-экономической значимостью. В процессе трудовой деятельности МР подвергаются воздействию биологических агентов, различных химических веществ и антибиотиков, которые при несоблюдении гигиенических требований и правил техники безопасности могут привести к возникновению профессиональных заболеваний (ПЗ), потере трудоспособности, инвалидности, и даже смертельным исходам. Инфекционная заболеваемость МР – важная составляющая часть проблемы внутрибольничных инфекций, профилактика которой и до настоящего времени не является в полной мере решенной задачей, как в научном, так и практическом отношении. Кроме того, в процессе своей работы медицинский работник подвергается функциональному перенапряжению отдельных органов и систем организма: опорно-двигательного аппарата, органа зрения, психо - эмоциональной сферы и др.

Цели исследования. Выявить основные обстоятельства и закономерности развития ПЗ у работников здравоохранения Кемеровской области (КО).

Задачи исследования. 1. Определить удельный вес основных вредных факторов, действующих на организм МР. 2. Установить параметры и обстоятельства основных факторов. 3. Обозначить наиболее важные возрастные группы, в которых установлены ПЗ, а также средний стаж работы в контакте с вредными факторами. 4. Отметить структуру ПЗ у МР по виду патологии. 5. Охарактеризовать ПЗ у МР по способу выявления и тяжести поражения и стадии заболевания.

Материалы и методы исследования. Для достижения цели и решения поставленных задач были отобраны 114 случаев ПЗ работников здравоохранения с использованием базы данных Управления Роспотребнадзора по КО. Использован информационно-аналитический обзор Управления Роспотребнадзора по КО «Состояние здоровья населения и среда обитания в КО по результатам социально-гигиенического мониторинга» за 2006-2007 гг. В работе использован комплекс описательных (аналитический обзор) и математико-статистических методов обработки данных.

Полученные результаты. В структуре ПЗ по видам экономической деятельности ПЗ МР составляет 1,5-2,0% [2] В зависимости от действующего вредного фактора все случаи ПЗ у МР были систематизированы по группам. 1 группа - ПЗ, вызванные биологическим фактором, составляют 50% всех случаев; 2 группа - ПЗ при работе с антибиотиками разных групп составляет 18,4%; 3 группа – ПЗ от воздействия химических факторов-13,1%; 4 группа – ПЗ от воздействия физических факторов (вибрация, ионизирующее излучение, ультразвук, пыль растительного происхождения) - 5,2%; 5 группа – ПЗ от перенапряжения отдельных органов и систем (неудобная рабочая поза, физическое перенапряжение) – 5,2%; 6 группа – ПЗ при работе с некоторыми лекарственными препаратами – 3,5%. (соответствует приказу Минздрава РФ от 16.03.1996 №90 Приложение 1)

Параметры и обстоятельства биологического вредного фактора, как наиболее распространенного среди других этиологических причин, представлены в табл.1.

Таблица 1

Параметры и обстоятельства биологического фактора

Основной фактор	Обстоятельства основного фактора	Абсолютное число случаев	Удельный вес, %	Параметр основного фактора
Биологический фактор	Ниже ПДК, ПДУ	1	1,7	Отсутствие средств индивидуальной защиты (СИЗ)
	На уровне ПДК, ПДУ	3	5,2	Несовершенство СИЗ, технологических процессов и рабочих мест
	Превышение до 2 раз	35	61,4	Нарушение правил техники безопасности, установленного режима труда и отдыха, неприменение или отсутствие СИЗ, Несовершенство СИЗ, технологических процессов и рабочих мест
	Без параметров	18	31,5	Несовершенство СИЗ, технологических процессов, санитарно-технических установок, отсутствие СИЗ и санитарно-технических установок

Все лица с выявленными ПЗ были разделены на группы в зависимости от профессиональной принадлежности. Среди всех случаев было медсестер 54 (47,3% от всего числа случаев); врачей 23 (20,1%); младшего медперсонала 11 (9,6%); лаборантов 10 (8,7%); дезинфекторов 5 (4,3%); фармацевтов, фасовщиков 2 (1,7%); фельдшеров 2 (1,7%); прочих вспомогательных профессий 7 (6,1%). Средний возраст и стаж работы в контакте с вредным фактором по различным профессиям представлен рисунком 1.

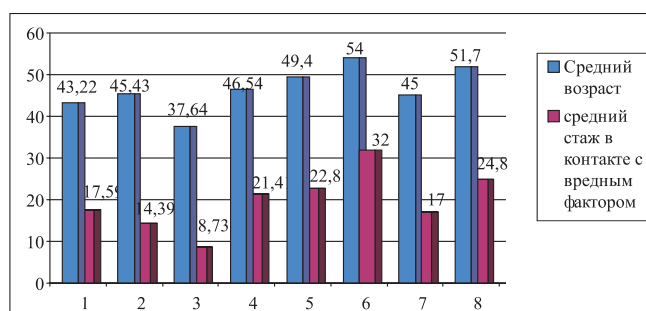


Рис. 1. – Средний возраст и стаж работы в контакте с вредным фактором по профессиональной принадлежности: 1- медсестра; 2- врач; 3-младший медперсонал; 4-лаборант; 5-дезинфектор; 6-фармацевт; 7-фельдшер; 8-прочие.

В структуре ПЗ у МР по виду патологии первое место занимают болезни, вызванные биологическими вредными факторами - профессиональные инфекции 42,1%, в том числе вирусный гепатит 12,2% и туберкулез органов дыхания 29,8%. Заражение туберкулезом медицинских работников возможно как в противотуберкулезных учреждениях (часто заражаются штаммами, устойчивыми к основным противотуберкулезным химиопрепаратам, что подтверждает внутрибольничный путь заражения), так и в учреждениях общемедицинского профиля - отделениях торакальной хирургии, патолого-анатомических и судебно-медицинских бюро, т.е. там, где возможен контакт с туберкулезными больными - бактериюделителями или зараженным материалом (работники бактериологических лабораторий).

На втором месте находятся профессиональные дерматозы 19,2%, в том числе экзема 11,4%, дерматит 6,1% и крапивница 1,7%.

Профессиональные аллергозы занимают третье место в структуре ПЗ, и составляют 16,6%, в том числе бронхиальная астма 7,8%. У медицинских работников бронхиальную астму вызывают латекс, дезинфицирующие вещества - сульфатазол, хлорамин, формальдегид, а также антибиотики, растительное лекарственное сырье, химические компоненты диагностических наборов.

На четвертом месте находятся прочие заболевания – 15,7%, в том числе острые отравления хлором 4,3%. Поражение верхних дыхательных путей химическими веществами раздражающего действия характерны для младшего медицинского персонала, работников лабораторий, фармацевтических работников, оно проявляется в форме неспецифических катаров слизистой оболочки, у стажированных работников исходом катарального ринита обычно является хронический атрофический ринит (Лаврентьева Н.Е., 2002). Также сюда входят катаракта, вегетативно-сосудистая дисфункция, невропатия.

Болезни опорно-двигательного аппарата (ОДА) занимают 5,2% от общего числа заболеваний.

В 0,8% случаев (1случай) поставлен диагноз хронической химической интоксикации. Для наглядности структура ПЗ по виду патологии представлена рисунком 2.

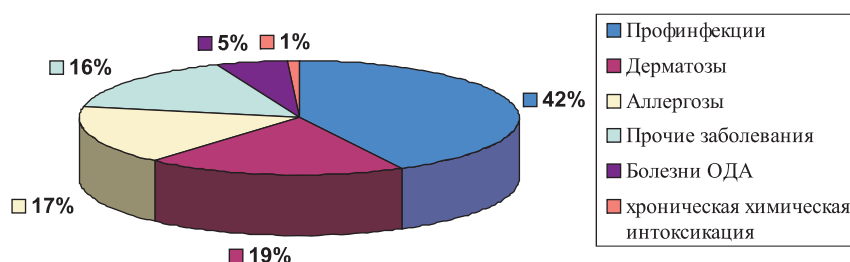


Рис. 2. – Структура ПЗ работников здравоохранения по виду патологии

В комбинированной таблице 2 представлен удельный вес ПЗ по способу выявления, тяжести поражения и стадии заболевания.

Таблица 2

Категория	Разновидность	Число случаев	Удельный вес, %
Выявление ПЗ	На медицинском осмотре	32	28,0
	Самообращение	82	71,9
	Всего	114	100
Тяжесть поражения	Без утраты трудоспособности	63	55,2
	С временной утратой трудоспособности	49	42,9
	Стойкая утрата трудоспособности (выход на инвалидность)	2	1,7
	Всего	114	100
Стадия заболевания	Начальная	105	92,1
	Выраженная	5	4,3
	Запущенная	4	3,5
	Всего	114	100

При подозрении на профессиональное заболевание для уточнения диагноза, установления (неустановления) связи заболевания с профессией медицинский работник направляется в областные центры профпатологии, научно-исследовательские институты, занимающиеся вопросами профессиональных болезней [1]. Только специалисты данных учреждений имеют право устанавливать окончательный диагноз профессионального заболевания. Спорные вопросы решает НИИ медицины труда РАМН (г. Москва). Медицинский работник с установленным диагнозом профессионального заболевания имеет право на все социальные льготы и гарантии, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

Выводы. 1. В структуре профессиональной заболеваемости, в порядке снижения удельного веса, у медицинских работников выявляются профессиональные инфекции, дерматозы, аллергозы. 2. Средний возраст работающих в здравоохранении с выявленным ПЗ составляет 44,3 года, при стаже работы в контакте с вредным фактором 17,1 года. Данные меняются в зависимости от конкретной профессиональной принадлежности, например, у врачей средний возраст 45,4 года, у среднего медперсонала 43,2 года, соответственно имеются различия и в данных о стаже работы. 3. Основными причинами возникновения ПЗ у МР являются несовершенство, неприменение или отсутствие средств индивидуальной защиты, а также несовершенство рабочих мест и технологических процессов. Особое внимание следует уделить нарушению правил техники безопасности, которые занимают 11% от общего числа всех выявленных причин. 4. Более половины случаев (55,2%) ПЗ у МР не сопровождаются потерей трудоспособности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Жуков Е.Л., Селедцова О.В., Щипачев К.В. Организация профпатологической помощи в Кемеровской области // Медицина труда. — 2002. — № 10. — С. 21–23.
2. О санитарно-эпидемиологической обстановке в Кемеровской области в 2005 г.: Государственный доклад. — Территориальное управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Кемеровской области. — Кемерово, 2006. — С. 70–83.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ ИНТЕРСТИЦИЯ

Ивошина Е. М.

Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера
Кафедра нормальной, топографической и клинической анатомии, оперативной хирургии
Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель: к.м.н., доц. Цветкова Т. Ю.

Актуальность: известно, что интерстиций может пребывать в трех функциональных состояниях: состоянии покоя, функциональной активности и «заболачивания» [2]. Управление функциональной активностью интерстиция имеет большое прикладное значение, в том числе и при проведении лимфогенных методов воздействия [1].

Цель исследования: изучить функциональную активность интерстиция при действии различных факторов.

Задачи:

1. Разработать методику оценки изменения функциональной активности интерстиция.
2. Оценить функциональную активность интерстиция при подкожном поступлении объема жидкости в зависимости от скорости введения, области введения и возраста пациента.
3. Определить влияние виброакустического воздействия и массажа на изменение функциональной активности интерстиция при подкожном введении объема жидкости.

Материалы и методы: методика оценки функциональной активности интерстиция проводилась по изменению объемной скорости подкожно вводимого хондролон (50 мкг) в 9,0 мл физиологического раствора пациентам, проходившим лимфотропное лечение по поводу остеохондроза шейного отдела позвоночника, артроза локтевого и тазобедренного суставов.

Всего было проведено 30 инъекций. Раствор вводился при помощи дозатора для внутривенных вливаний. Были использованы 2 скорости введения (скорость движения поршня шприца) – 10 мл/час и 16 мл/час. Изучаемые области – область тазобедренного сустава у пациентки 46 лет, область локтевого сустава у пациента 20 лет и межкостные связки между С6 – С7 у пациентки 45 лет.

Перед введением раствора в область межкостных связок в 4-х случаях из 10 осуществлялось виброакустическое воздействие аппаратом «Витафон» (частота от 30 Гц до 18 000 Гц) и в 3-х случаях проводился массаж области спины и «воротника».

Объемная скорость рассчитывалась по отношению пройденного жидкостью пути в капельнице за единицу времени к участку длины капельницы, содержащего 1,0 мл раствора (длина такого участка составила 14,3 см).

Результаты исследования: при введении лекарственного препарата пациентке 46 лет в область тазобедренного сустава при скорости движения поршня со скоростью 16 мл/час наблюдался 1 пик увеличения объемной скорости вводимого препарата. Достижение максимальной объемной скорости происходило на 65-й минуте процедуры с 0,12 мл/мин до 0,24 мл/мин, после чего отмечалось достоверное ее снижение до 0,16 мл/мин.

При меньшей скорости движения поршня – 10 мл/час – наблюдалось 2 пика увеличения объемной скорости поступления препарата до 0,12 и 0,17 мл/мин на 15-й и на 70-й минутах, соответственно. На 20-й минуте отмечалось достоверное снижение показателя до 0,08 мл/мин. Начальная объемная скорость поступления препарата составила 0,09 мл/мин, конечная объемная скорость не отличалась от скорости, соответствующей второму пику ее увеличения (рис 1).

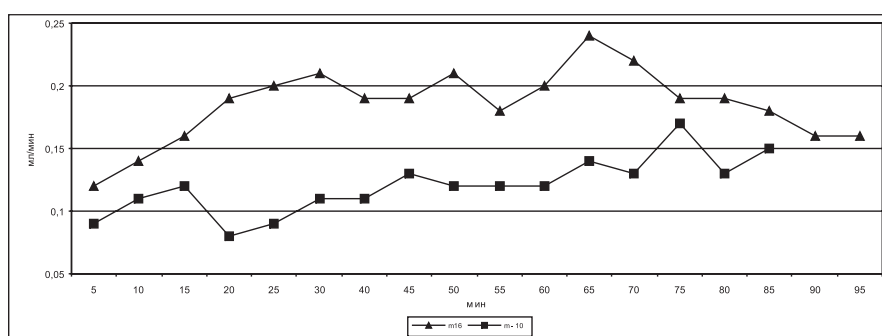


Рис. 1. – Объемная скорость поступления лекарственного препарата при разных скоростях введения в область тазобедренного сустава пациентке 46 лет

Анализ объемной скорости поступления раствора в область тазобедренного сустава при скорости движения поршня 10 мл/час у пациента 20 лет выявил более раннее появление 2-го пика увеличения объемной скорости и большее ее значение, соответственно 40-ая минута и 0,24 мл/мин (на 30% больше, чем у пациентки 46 лет). Максимальная скорость была больше начальной в 3 раза (рис 2). Эти данные свидетельствуют о зависимости функциональной активности интерстиция области тазобедренного сустава от возраста и его больших возможностях у более молодых пациентов.

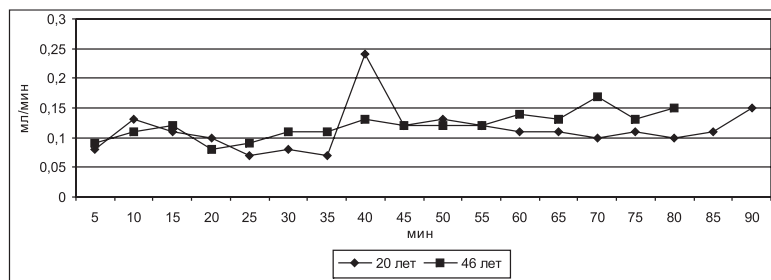


Рис. 2. – Объемная скорость поступления препарата в область тазобедренного сустава при скорости введения препарата 10 мл/час у пациентов разного возраста

У пациента 20 лет при введении раствора в область тазобедренного сустава при скоростях движения поршня 10 и 16 мл/час наблюдались аналогичные качественные закономерности, что и у пациентки 46 лет. Однако, значение объемной скорости на 2-м пике при скорости движения поршня 10 мл/час превысило аналогичную временную точку при скорости движения шприца 16 мл/час (рис 3). Это свидетельствует о том, что объем поступающего раствора зависит не только от скорости движения шприца, но и от других факторов, связанных с самим интерстицием у более молодого пациента.

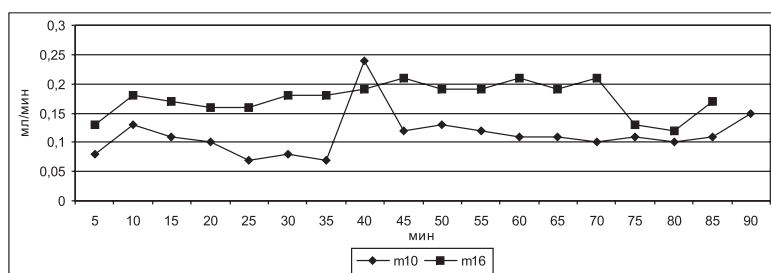


Рис. 3. – Объемная скорость поступления препарата в область тазобедренного сустава при разных скоростях введения у пациента 20 лет

Дать сравнительную характеристику объемной скорости при поступлении препарата в область локтя при разных скоростях движения поршня представляется затруднительным в связи с малым количеством инъекций.

Динамика и абсолютные значения объемной скорости при разных скоростях движения поршня при введении раствора в область тазобедренного сустава и области локтя у пациента 20 лет не выявила существенных различий.

Характер изменения объемной скорости при введении препарата в межкостистые связки при скорости движения поршня 10 мл/час не выявил существенных различий в сравнении с областью тазобедренного сустава у пациенток одного возраста (45 – 46 лет).

Мы исследовали влияние различных физических факторов – массажа и виброакустического воздействия на объемную скорость поступления препарата в межкостистые связки на уровне С 6-7 при скорости движения поршня 10 мл/час у пациентки 45 лет.

Без воздействия наблюдалось также 2 пика увеличения объемной скорости, но в течение короткого интервала времени - с разницей в 10 минут – на 55 и 65-й минутах. Объемная скорость составила 0,15 – 0,16 мл/мин, что было в 2,5 – 3 раза больше начальной скорости. В дальнейшем скорость не превышала 0,10 мл/мин

После предварительного массажа области спины достижение единственного максимума наблюдалось в более ранние временные сроки, на 35 минуте процедуры. Объемная скорость составила 0,18 мл/мин, что в 4,5 раза превышало начальную скорость. Далее – 0,12 мл/мин.

Наиболее выраженные изменения объемной скорости наблюдались после виброакустического воздействия. Отмечено 2 пика увеличения объемной скорости – на 35 и 70 минутах процедуры. Скорость составила 0,22 и 0,15 мл/мин, соответственно- больше в 7 и 3 раза (рис 4).

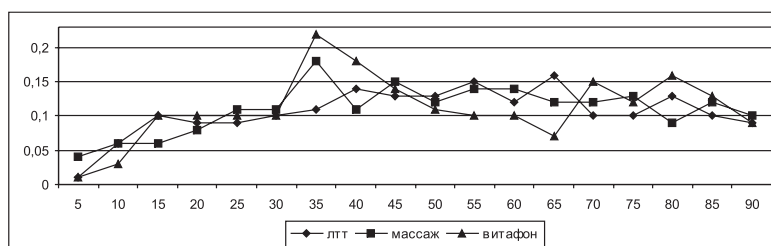


Рис. 4. – Объемная скорость при различной очередности воздействия физических факторов (межкостистые связки, скорость введения 10 мл/час)

Выводы:

1. Изменение объемной скорости поступления раствора в ткани позволяет судить о функциональной активности интерстиция.

2. Объемная скорость поступления раствора в ткани зависит от скорости движения шприца (т.е. от силы давления на столб жидкости в капельнице). При скорости движения шприца равной 16 мл/час наблюдается постепенное нарастание объемной скорости до максимального значения с дальнейшим ее снижением почти до начального уровня. При скорости движения шприца 10 мл/час отмечается 2 пика увеличения объемной скорости без значительного снижения к концу процедуры. Появление 1-го пика увеличения скорости наступало в более ранние сроки при скорости введения 10 мл/час.

3. Функциональная активность интерстиция области тазобедренного сустава в большей степени отмечена у пациента 20 лет, что подтверждается более ранним достижением 2-го пика увеличения объемной скорости и большим ее значением.

4. Характер изменения объемной скорости зависит от возрастных особенностей интерстиция. У более молодого пациента значение объемной скорости на 2-м пике при скорости движения поршня 10 мл/час превысило аналогичное значение при скорости движения шприца 16 мл/час. Это свидетельствует о возможности увеличения объемной скорости поступления препарата в ткани без увеличения скорости движения шприца, а также о резервных возможностях интерстиция. Существенных отличий динамики объемной скорости поступления препарата в ткани различных областей в пределах одного возраста не выявлено.

5. Физиотерапевтическое воздействие (массаж и виброакустическое воздействие) изменяет функциональную активность интерстиция, что выражается в увеличении объемной скорости поступления препарата. Более выраженное влияние отмечено при действии виброакустического фактора.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Буянов В. М. Лекарственное насыщение лимфатической системы / В. М. Буянов. – М.: Медицина, 1991 – 198 с
2. Кононова М.Л. Роль снижения pH в регуляции процесса фильтрации через внеклеточные пространства скелетной мышцы / М. Л. Кононова, В. Г. Афанасьев // ПМЖ. - 2003. - Т. 20 - № 2. - С.35 - 39

ББК 88(5 Ид):5

УСЛОВИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДРЕВНЕИНДИЙСКОЙ ФИЛОСОФИИ И МЕДИЦИНЫ

Ильясова Р. Р., Кардапольцева Т. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра философии, этики, эстетики и медицинской деонтологии с курсом политической социологии*

Научный руководитель: к.ф.н., доц. Филимонов В. В.

Актуальность: Изучая теорию индийской философии и медицины, студенты пытаются применить эти знания на практике, и так обретают опыт. При этом знание, которое вначале было книжным, внешним по отношению к их жизни, постепенно проникает вглубь сознания. Усвоить знание – означает принять его в свой разум и руководствоваться им в практической деятельности. Индийская философия, знание, которое несет, оно становится частью мировоззрения человека, также как переваренная пища становится частью нашего тела. Цель: выявить связь между древнеиндийской философией и медициной, а также значение древнеиндийской философии в медицине. Задачи: рассмотреть основные школы, условия возникновения и направления древнеиндийской философии.

Древнеиндийские школы. Согласно традиционным принципам классификации, принятым большинством ортодоксальных индийских мыслителей, школы и системы индийской философии разделяются на два обширных лагеря — ортодоксальные (астика) и неортодоксальные (настика). К первой группе принадлежат шесть главных философских систем: миманса, веданта, санкхья, йога, ньяя и вайшешика. Они считаются ортодоксальными не потому, что допускают наличие бога, а потому, что признают авторитет вед. Так, например, хотя школы мимансы и санкхьи отрицают существование бога как творца мира, они все же считаются ортодоксальными, так как признают авторитет вед. В этой статье мы рассмотрим ортодоксальные школы.

Миманса (пурва – миманса)

Санскритское слово «миманса» означает «исследование, изучение». Школа мимансы ставила перед собой цель помочь ритуализму и поддержать его главным образом двумя способами:

- а) разработкой такой методологии интерпретации вед, с помощью которой малопонятные их предписания относительно ритуалов можно было бы понять, привести в систему и выполнять без всяких затруднений;
- б) оправданием веры, на которой зиждятся эти ритуалы, с точки зрения философии.

Миманса, не признающая никакого Творца или Разрушителя мира, считает, что веды, как и вселенная, вечны 1. Они не являются творением какой либо личности — человеческой или божественной. Следовательно, авторитет вед должен быть безличным. С точки зрения мимансистов, душа — это вечная и бесконечная субстанция, связанная с реальным телом, существующим в реальном мире, не умирающая со смертью тела, дабы иметь возможность пожирать плоды совершенных им в этой жизни деяний. Сознание — это не сущность души, но лишь ее побочное качество, возникающее при наличии некоторых условий. Во сне без сновидений и в состоянии освобождения душа не обдаёт сознанием, потому что отсутствуют необходимые для его существования условия, как, например, связь органа чувств с объектом. Душ имеется столько же, сколько индивидов. Души подвержены зависимости и могут достигать освобождения.

Ньяя - в центре ньяя - проблемы теории познания и логики. Основы философии ньяйи были заложены мыслителем Готамой, который также известен как Гаутама (не путать с Буддой Гаутамой) и Акшапада. Поэтому ньяя называется также системой Акшапады. Эта философия рассматривает главным образом условия правильного мышления и средства познания реальности. Она признает наличие четырех самостоятельных источников истинного познания: восприятия (пратьякша), вывода, или заключения (анумана), сравнения (упамана) и свидетельства (шабда). Объектами познания, согласно школе ньяйи, служат: наше я, тело, чувства и их объекты, познавательная способность, ум, деятельность, умственные дефекты, повторное рождение, чувства удовольствия и боли, страдание и свобода от страданий.

Санкхья, («перечисление») — философия индийского дуализма, основанная Капилой. В мире действуют два начала: пракрити (материя) и пуруша (дух). Цель философии санкхьи – отвлечение духа от материи.

Санкхья в своём развитии прошла четыре периода:

1. Санкхья Капилы (VII–VI в.в. до н. э.) утверждала как относительный монотеизм, так и абсолютный монизм, основные положения исходят из Вед и Упанишад.

2. Теистическая санкхья Махабхараты, Бхагавад-гиты, Пуран (VI–IV в.в. до н. э.). Проводилось различие между Праkritи и Пурушей, который выступал как «Познающий». Полное освобождение души достигается посредством познания подлинной природы Праkritи и Пуруши, слияния с Ишварой. Ведущие представители этого периода: Асури и Панчашикха.

3. Атеистическая санкхья буддийского периода, ставшая таковой под его воздействием. При помощи логики санкхья пыталась обосновать реальность «Я» перед напаками буддизма и пришла к логическому выводу о невозможности существования Ишвары.

Ишваракришна: «Санкхья-карика».

4. Санкхья Виджнянабхишну (VII в.). Возвращение к теистической санкхье.

Вайшешика («отличный, выделяющийся»). Она была основана мудрецом Канадой, настоящее его имя – Улука. Вайшешика получила свое название от слова вишеша, что означает особенность.

Импульсом системы вайшешика является ее враждебное отношение к буддистскому феноменализму. Признавая буддистскую точку зрения на источники познания: восприятие и логический вывод, вайшешика в то же время считает, что души и субстанции являются непреложными фактами и их нельзя удалить, подобно волшебным видениям в фантастической сказке, которым положено действовать за кулисами. Она не связывает себя с проблемами теологии.

Индийская медицина, так же как и медицина Античности и Средневековья, Основывалась на теории жидкостей (доша). Здоровье, согласно большинству авторов, зависело от равновесия между тремя жизненными соками тела: ветра, желчи и слизи, к которым иногда еще добавляли и кровь. В теории трех соков можно обнаружить те три гунны, или универсальных качеств, о которых мы говорили в связи со школой санкхья. Жизненные функции поддерживали пять ветров, или ваю: удана, распространяющийся из горла и позволяющих говорить; прана, чьим вмещением является сердце и который отвечает за дыхание и поглощение пищи; самана, который усиливает в желудке огонь, который «варит», или перерабатывает продукты, и разделяет их на удобоваримые и неудобоваримые части; апана в брюшной полости отвечает за выделение и зачатие; व्याна присутствует во всем организме, осуществляет кровообращение и заставляет все тело двигаться. Пища, переваренная саманной, становится хилусом, который поступает в сердце, а оттуда в печень, где превращается в кровь. Кровь в свою очередь превращается в плоть, и далее в жир, кости, костный мозг и сперму. Эта последняя, не будучи извергнута, производит энергию (оджас), которая возвращается в сердце, откуда распространяется по всем органам. Считалось, что этот метаболический процесс совершается в тридцатидневный срок. Индийцы не имели четкого представления о функциях мозга и легких и полагали, как и большинство народов древности, что рассудок сосредоточен в сердце. Зато им было известно значение спинного мозга и они знали о существовании нервной системы, но представляли ее очень смутно. Табу на любой контакт с трупами не позволяло заниматься препарированием и изучать анатомию, хотя нельзя сказать, чтобы такой практики не существовало вовсе. Но развитие физиологии и биологии действительно сдерживалось. Источником сведений по медицине древней Индии является письменный памятник Аюрведа («Знание жизни»), составление которого относится к IX—III векам до н. э. Известны три редакции Аюрведы. Наиболее полную редакцию написал врач Сушрута. Его книга представляет собой обширную энциклопедию медицинских знаний, где наряду с отражением жреческой медицины имеются элементы рациональной медицины, опирающиеся на многовековой опыт народа.

Приписываемое римскому автору К. Цельсу описание классических признаков воспаления (краснота, припухлость, жар, боль и нарушение функции) приведено в Аюрведе. Там же описаны широко распространенные позднее в эпоху феодализма в Европе способы лечения ран повязками, пропитанными маслами, и заливание ран кипящими жидкостями, а также специфическое для китайской медицины лечение иглоукалыванием. Одно из самых главных понятий древневосточной философии – это понятие о двух началах. Всё живое и неживое, на Земле и на небесах состоит из двух противоположных начал. Это добро и зло, свет и тьма, холод и тепло, влажность и сухость, положительные и отрицательные электрические заряды и т.д. В индийской философии два начала олицетворены Солнцем- Ха и Луной- Тха. От них произошло название одной из разделов Йоги - «Хатха- йога». Энергия. Наиболее полно её изучили древние индийцы. Они называли её кундалуни. Психическая энергия имеет свои центры и свой канал. Эта энергия позволяет работать нервной системе и мыслить человеку. Каналом для этой энергии служит сушумна- находящаяся в спинном мозге. На нём расположены семь психических центров- чакров или правильнее чакрамов. Классически определяют следующие чакрамы:

Муладхара чакрам, Свадхистана чакрам, Манипура чакрам, Анахата чакрам, Вишудха чакрам, Аджна чакрам, Сахасра чакрам

Эти центры получают и генерируют психическую энергию. Каждый чакрам связан с нервными сплетением, железой внутренней секреции. Каждый чакрам, кроме того, управляет одной стороной человеческой психики. В книге по экстрасенсорике и психоэнергетике мы подробно поговорим о характеристиках и технике использования каждого чакрама.

Вывод: Древнеиндийская философия оказала большое воздействие на медицину других стран. Уже с глубокой древности ее традиции переплетались с традициями Востока.

В современной Индии с почтением относятся к медицине. Для этой страны характерна живучесть древних традиций и не удивительно, что многие достижения древнеиндийской цивилизации вошли в общекультурный фонд индийцев. Предметом первых философских размышлений, естественно, становились не только явления природы, окружающей человека, но и мир самого человека и в его отношениях с другими людьми, и в его индивидуальном существовании. Отсюда понятно, что этико-социальная и этико-психологическая мысль неотделима от философии уже при самом ее возникновении. В индийской же философии поток этико-психологической мысли был, пожалуй, наиболее значительным. Философия Древней Индии отличается многосторонней и глубокой для своей эпохи постановкой психологической проблематики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Введение в философию: в 2-х частях. М., 1990.
2. Историко-философское введение (от Конфуция до Фейербаха). Воронеж, 2000.
3. Краткая история философии. М., 1996.
4. Философия. М., 2000.
5. Философия: Основные проблемы философии. М., 1997.

ФУЛЛЕРЕНОЛ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ ЭМБРИОНА

**Исакова В. Г., Гончарова Е. А., Зобова В. В., Витютнева А. В., Иванова О. В.,
Цыбикова Э. Ж., Шпомер К. В.**

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра физиологии*

Научный руководитель: к.м.н., асс. Трегубчак П. Н.

Цель исследования: Изучить биологические свойства фуллеренола.

Актуальность работы: Биомедицинское направление является одной из многообещающих областей приложения водорастворимых соединений на основе фуллеренов. Полигидроксильированный фуллерен (фуллеренол) способен проявлять нейропротективные свойства взаимодействуя с радикалами, легко проникать в мембрану клеток и т.к. обладает определённым числом ненасыщенных связей является уникальным объектом акцепции электронов, что позволяет использовать их в качестве антиоксидантов при гиперпродукции активных форм кислорода, являющегося ведущим механизмом при старении организма или патологическом состоянии.

Материал и методы исследования: Фуллеренол C₆₀(OH)_x (x=24), содержащий до ~0,01 – 0,02% железа, получен в институте физики им. Л.В. Киренского СО РАН г. Красноярск методом, описанным в работе [1].

В ходе эксперимента было использовано тридцать оплодотворённых куриных яиц, средний вес которых при закладке достоверных отличий не имел и составил 50 – 54 гр. (p > 0,05). Условия инкубации в термостате соответствовали общепринятым нормам ГОСТа.

Введение фуллеренола осуществлялось в воздушную камеру яиц в период формирования внутренних органов эмбриона. Все испытуемые эмбрионы были разделены на три группы: контрольной группе было введено 0,1 мл. дистиллированной воды, двум опытным – по 0,1 мл. растворённого в дистилляте фуллеренола (в 1мл. дистиллята 32,5 мг. фуллеренола и 16,25 мг. соответственно) см. Таблица №1.

Результаты и обсуждение: В процессе инкубации в контрольной группе один эмбрион погиб на 18 сутки, а во второй опытной группе в двух яйцах эмбрионы не сформировались, из остальных – в положенный срок вывелись внешне здоровые цыплята. Цыплята контрольной и опытных групп содержались отдельно, но в одинаковых условиях. Рацион питания был сбалансированным, а уход достаточным. Ежедневная прибавка в весе регистрировалась регулярно в одно и то же время на электронных весах (Model. Scout Pro SPU202, Max 200g, D = 0.01g).

Полученные данные отображены в таблице № 2.

Таблица 1

Первый этап постановки эксперимента

Контроль Вес в гр.	Опыт 1 – серия Вес в гр.	Опыт 2- серия Вес в гр.
Дистиллят 0,1мл.р-ра	Фуллеренол 32,5 mg/ 1ml 0,1 ml. р-ра	Фуллеренол 16,25 mg / 1ml 0,1 ml. р-ра
Один эмбрион погиб до рождения на 18 день		Два эмбриона не сформировались

Таблица 2

Среднее значение прироста и процентный прирост веса цыплят в опытных группах.

Возраст Цыпленка ДНИ	Дата	Контроль Вес гр., %	Опыт 1 – серия Вес в гр.	Опыт 2- серия Вес в гр.	Примечание
		Дистиллят 0,1мл.р-ра	Фуллеренол 32,5 mg/ 1ml 0,1 ml. р-ра	Фуллеренол 16,25 mg / 1ml 0,1 ml. р-ра	
4	15.01.09	7,88; 7%	8,35; 9%	10,75; 9%	
5	16.01.09	17,55; 17%	11,65; 13%	-4,75; -4%	
6 *	17.01.09	10,0; 9%	19,2; 21%	15,0; 13% *	
7	18.01.09	15,4; 15%	9,4; 10%	8,2; 7%	
8	19.01.09	13,3; 13%	13,4; 15%	13,7; 12%	
9	20.01.09	13,3; 13%	8,0; 9%	6,7; 6%	
10	21.01.09	9,6; 9%	7,0; 8%	6,3; 6%	
11	22.01.09	18,5; 17%	13,8; 15%	12,1; 11%	
12	23.01.09			16,0; 14%	
13	24.01.09			11,3; 10%	
14	25.01.09			9,1; 8%	

* Переход с желточного на общее питание;

* Три цыпленка погибают;

Сравнительный анализ графического отображения ежедневного прироста веса в контроле и опыте позволяет сделать несколько выводов:
(см. Рисунок. №1 и №2).

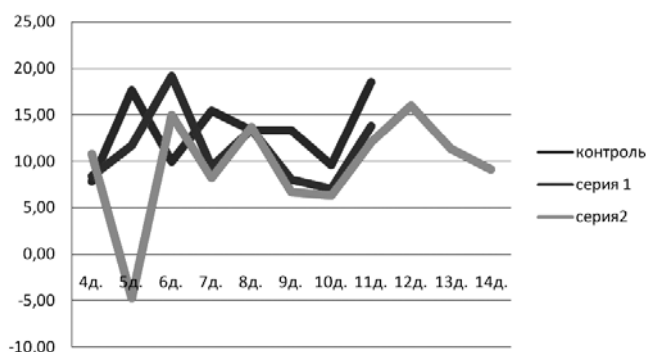


Рис. 1. – Прирост веса цыплят за день

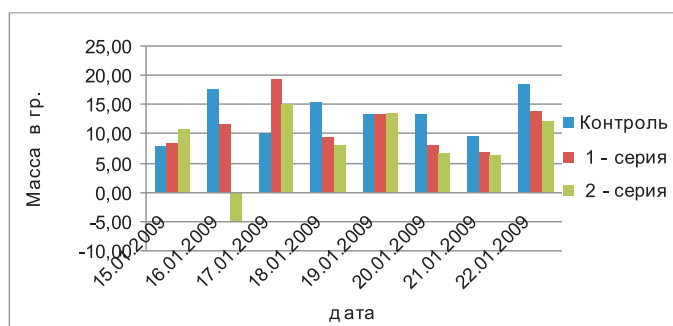


Рис. 2. – Прирост веса цыплят сравнительный рисунок

Выводы:

1. Повреждающий фактор (введение чужеродного вещества в воздушную камеру яйца) был успешно преодолен цыплятами и в контроле и в опытных группах.
2. Из Рисунка №1 и № 2 видно, что цыплята опытных групп развивались хуже в отличии от контроля, причем в опытной группе №2 (введена меньшая доза фуллеренола) задержка физического развития была не значительной и отмечалась в течение наблюдаемого периода.
3. К сороковому дню отличий развития в показателях среднего значения веса между контролем и первой опытной группой не отличается. У второй опытной группы показатель среднего значения веса цыплят на 3% меньше чем в контроле.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Получение водорастворимых полигидроксированных фуллеренов с использованием наночастиц железа в качестве катализатора. // Материалы XII Международной научной конференции. Решетневские чтения (10-12 ноября 2008) С. 534 – 535 Красноярск. (10-12 ноября 2008)
2. V.G. Isacova, E.A. Goncharova, N.B. Bulina, Glushenco and Churilov. Metallic Fe and Co nanoparticles in powder mixtures with fullerene-containing materials // Abstract of Conference Fullerenes and Atomic Clusters. St. Petersburg, Russia. – 2007.- P 105
3. Сидоров Л.Н., Балтина О.В. // Успехи химии. – 2002. Т. 71, № 7. – С. 611.

УДК 618.13-002.3-07:577.15.

ЦЕЗОЛИН В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАТКИ И ПРИДАТКОВ

Ихтиярова Г. А., Кудратова М. Т., Набиева Б. Ш.

*Бухарский государственный медицинский институт им. Авиценны
Кафедра акушерства и гинекологии*

Научный руководитель: д.м.н., проф. Негматуллаева М. Н.

Воспалительные заболевания органов гениталия в структуре гинекологической патологии занимают ведущее место. Актуальность проблемы острых и обостренных хронических воспалительных процессов матки и придатков определяется ростом заболеваемости, тенденцией к генерализации и хронизации процессов, развитием осложнений, что может быть связано с ростом резистентности основных возбудителей воспалительных заболеваний органов малого таза ко многим антибактериальным препаратам.

Целью нашего исследования явилось изучение клинической эффективности, переносимости и безопасности це-золина натрия (Ф.США) в сравнении с другими антибиотиками, традиционно применяемыми в лечении воспалительных заболеваний внутренних гениталий.

Материал и методы исследования. Больные в количестве 60 с острыми и обострениями хронических воспалительных процессов внутренних гениталий в возрасте от 19 до 43 лет были разделены на 2 группы: в 1- группе (34) получали

цезолин, 2 (26) получали ампициллин, гентамицин. Цезолин назначали по 1000 мг каждые 12 часов в/в в течении 10-14 дней. Всем больным проводилось полное общеклиническое и гинекологическое обследование с ультразвуковой диагностикой, бактериологическое исследование патологического отделяемого цервикального канала с идентификацией возбудителя и определением его чувствительности к антибиотикам. У 8,3 % больных не удалось выделить никакой микрофлоры из цервикального канала, у 20,1 % микроорганизмы выделены в монокультуре, у остальных 72,6 % в ассоциациях с 2-3 видами. Микоплазмы идентифицированы у 18 больных (30%), хламидии – у 10 (16,6%). Контроль за эффективностью и безопасностью антибактериальной терапии осуществлялся по традиционным методикам опроса, осмотра, лабораторного контроля, дополнительных методов проводимых до начала, в динамике и по окончании лечения. На этапе стационарной терапии клиническое излечение наступило у всех 60 больных, однако во 2 группе не у всех больных лечение ограничилось использованием одного тура антибактериальной терапии, каждой второй больной требовалось назначение препарата тетрациклинового ряда или макролидов, для воздействия на подтвержденную хламидийную и микоплазменную инфекцию, в то время как только 3 больных получающим «цезолин» потребовалось увеличение дозы приема до 4 г, основная группа (91,8%) ограничилась приемом 2 г. Купирование симптоматики при приеме цезолина происходило на 4 дня раньше, чем при приеме ампициллина и гентамицина. Клиническая эффективность цезолина оказалась высокой, хорошая переносимость отмечены в 95,3%.

Таким образом, цезолин является эффективным препаратом в комплексном лечении острых воспалительных процессов матки и придатков, имеет хорошую и отличную переносимость в случае применения его с учетом противопоказаний.

Необходимо отметить, что при проведении терапии препаратом «цезолин» нами не было выявлено случаев непереносимости препарата, а также побочного действия на организм пациенток.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э.К. Современное состояние проблемы перинатальных инфекций. Вестн. Росс. ассоц. акуш-гин., 1995,2, с.3-11
2. Беляков В.Д., Клесов А.П., Остроумов П.Б., Немченко В.И. Госпитальная инфекция. Л., Медицина, 1976, 232 с.
3. Гуртовой Б.Л., Кулаков В.И., Воробьева С.Д. «Применение антибиотиков в акушерстве и гинекологии» 1996г
4. Duff P. Antibiotic Selection for Infections in Obstetric Patients. In.: Seminars in Perinatology. W.B.Saunders Company, Philadelphia. P. A. 1993., V. 17., N 6, 367-378.
5. Eriksen N.L.L., Blanco J. D. Group B Streptococcal Infections in Pregnancy. In.: Seminars in Perinatology. W.B. Saunders Company, Philadelphia, P. A. 1993, V.17, N 6. 432-442.
6. Hedstrom S., Martens M.G. Antibiotics in pregnancy. Clin. Obstet. Gynecol. 1993, Dec., 34(4), p. 886-92.

УДК 616.211-089.844

ВЕДЕНИЕ РОДОВ В ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПОЗИЦИИ

Ихтиярова Г. А., Исломова Г. Х., Дустова Н. К.

*Бухарский государственный медицинский институт им. Авиценны
Кафедра акушерства и гинекологии*

Научный руководитель: д.м.н., проф. Негматуллаева М. Н.

Чтобы оценить, в каком направлении движется практика родов, полезно знать какими они были раньше [1,3]. В этой области произошло много изменений - как полезных, так и не очень. С приходом века науки и разума, роды стали объектом исследования. В результате появилось стремление начать естественный процесс родов и что более важно не научиться управлять им. Лежа на спине рожают относительно недавно - последние 200-300 лет с незапамятных времен рожали либо стоя, либо сидя на коленях или на корточках т.е. практиковали вертикальные роды [2,4]. Опубликованные в литературе результаты ведения родов в вертикальной позиции свидетельствуют о существенном улучшении основных показателей состояния матери и плода. Авторы отмечают, что вертикальное положение и подвижность женщины в родах создают комфортность для роженицы и влияют на сократительную деятельность матки. Было показано, что один час ходьбы и один час использования окситоцина для стимуляции родовой деятельности дают почти один и тот же эффект. Как утверждают эксперты Британского национального фонда деторождения активные движения в родах и вертикальное положение могут не только облегчить страдания роженицы, но и уменьшить риск опасных для её здоровья осложнений. Вертикальное положение способствует (стоя, сидя, на коленях или на корточках) уменьшению боли и ускорению раскрытия шейки матки, уменьшая продолжительность первого периода родов. Исполнительный директор фонда Белинда ФИПСС заявила «Кажется глупым, что столько женщин рожают в муках и дольше чем нужно, только потому, что не знают о преимуществах активности во время родов. Многие женщины полагают, что лежать во время родов естественно, но встать и ходить более удобно, это может сократить длительность родов».

Целью нашего исследования явилось проведение сравнительного анализа течения и исхода самопроизвольных родов с использованием вертикальной позиции роженицы и традиционных родов - в горизонтальной позиции в условиях акушерского стационара.

Материалы и методы исследования. Было изучено течение и исход родов у 200 женщин, где роды велись в вертикальной позиции у 100 женщин (основная группа), в состоянии лежа также у 100 женщин (контрольная группа). Вертикальное положение роженицы в первом периоде родов предполагало максимальную свободу. Во II периоде родов нередко роженицы занимали положение сидя, «по-турецки» данное положение способствовало увеличению объема таза и расслаблению мышц промежности. Для профилактики разрыва промежности во время прорезывания головки плода роженицу наклоняли несколько вперед, чтобы не было чрезмерного давления головки на тазовое дно. Всем роженицам с целью активного ведения III периода родов в момент прорезывания плечиков внутривенно вводили 1,0 г окситоцина разведенного в 10 мл физ. раствора. Сразу после рождения новорожденного проводили контакт «кожа к коже» и первые 30 минут после рождения прикладывали к груди. Пуповину перевязывали после окончания пульсации, антропометрические измерения проводили через 2 часа перед переводом в послеродовую палату совместного пребывания. В третьем периоде родов роженица также находилась в сидячем положении, тем самым достигалось более эффективное отделение плаценты, так как сокращению матки при этом помогает и сила тяжести. В контрольной группе роды проводили в горизонтальной позиции согласно общепринятым установкам. Кроме обычного клинического обследования женщин были изучены лабораторные данные. Статистическая обработка данных проведена с использованием критерия Стьюдента.

Паритет родов и структура осложнений беременности у исследуемых групп (n=200)

Наименование	Основная группа n=100		Контрольная группа n=100	
	абс	%	Абс	%
Роженицы	100	100	100	100
Первородящие	60	60	50	50
Повторнородящие	40	40	50	50
2-е роды	25	25	23	23
3-е роды	8	8	17	17
4-е роды	7	7	10	10
Осложнения беременности				
Анемия	100	100	95	95
Гестационный пиелонефрит	23	23	17	17
Преэклампсия легкой степени	17	17	22	22
Угроза прерывания беременности	12	12	18	18

Как видно из таблицы 1, число первородящих в основной группе составило 60%, а повторнородящих 40%. Наиболее часто в вертикальной позиции приходилось принимать первые роды. В контрольной группе число первородящих и повторно родящих было равным. Возраст рожениц в среднем составил 22,5±0,5 года. Основная и контрольная группы были сопоставимы по возрасту и паритету родов.

При анализе течения беременности выявлен ряд акушерских осложнений, структура которых представлены в таблице 2.

Таблица 2

Сравнительные данные структуры осложнений родов в исследуемых группах

Осложнения родов	Основная группа n=100		Контрольная группа n=100	
	абс	%	абс	%
Несвоевременное излитие вод	12	12	28	28
Аномалия родовой деятельности	7	7	23	23
Острая гипоксия плода	3	3	10	10
Первичное послеродовое кровотечение	2	2	6	6
Разрыв шейки матки	–	0	5	5
Разрыв промежности	5	5	2	2

У пациенток основной группы достоверно реже встречались такие осложнения, как несвоевременное излития вод, аномалия родовой деятельности, острая гипоксия плода, кровотечения послеродовом и в раннем послеродовом периодах. Вместе с тем достоверно встречались разрывы промежности I-II степени. Средняя кровопотеря в основной группе составила 265,0 ± 40,2 мл, что достоверно ниже чем в контрольной группе 310,8±30,5 мл. Масса тела новорожденных варьировала от 2350 до 4850 г. С массой менее 2500 г родились 4 новорожденных, самая низкая масса составляла 2300 г, с массой более 4000 г родились 12 новорожденных, всего 1 родился с массой 4850 г. Масса тела новорожденных в обеих группах были идентичными. Состояние новорожденных оценивали по шкале Апгар на первой минуте от рождения и повторно через 5 минут. Большинство новорожденных основной группы (96,6%) родились в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 7-9 баллов. Через 5 минут после рождения оценку 8-10 баллов имели 97,5% новорожденных. Асфиксией различной степени тяжести родились 2 (2%) новорожденных. В контрольной группе при традиционном ведении родов в состоянии асфиксии родились 14 (14%) новорожденных. Перинатальных потерь в обеих группах не было. После рождения новорожденных сразу прикладывали к груди матери ещё до окончания пульсации и отделения плаценты. В течение первых 30 минут ребенок находился у груди матери, был создан контакт «кожа к коже». После родов мать и ребенок прибывали совместно, а также дана возможность свободного грудного вскармливания, которое проводилось по требованию младенца, а не по расписанию. Совместное пребывание и грудное вскармливание необходимы и важны как для ребенка, так и для матери. Случаи гипогалактии наблюдались редко - у 6 родильниц из 100, это мы связывали с тем, что при вертикальных родах сведено к минимальному назначению медикаментов во время родов, и имело место раннее прикладывание к груди ребенка. Случаи лактостаза в основной группе отсутствовали, а в контрольной наблюдались в трех случаях. Это объясняется частым кормлением новорожденного, кроме того при частом сосании ребенка грудь в организме матери рефлекторно освобождается окситоцин, который способствует сокращению матки, уменьшению количества лохий в послеродовом периоде, а также уменьшению вероятности субинволюции матки и эндометрита. У родильниц при постоянном контакте с ребенком снижается риск после родовой депрессии. Ведение родов в вертикальной позиции - это ответственный и сложный процесс. Некоторые акушеры критически подходят к родам в этой позиции, но аргументов в пользу такого ведения родов более чем достаточно. Вертикальная позиция женщины в родах уменьшает давление беременной матки на крупные сосудистые стволы и позволяет роженице воспользоваться силами естественной гравитации, особенно во время периода изгнания. Сокращается первый период родов. Наблюдения за характером первого

периода родов показали, что в вертикальной позе при активных движениях давление плодного пузыря и головки плода на рецепторный аппарат нижнего маточного сегмента и шейки матки вызывает эффективное плавное и быстрое открытие маточного зева, приводя к некоторому укорочению продолжительности первого периода родов (на 2,5-4 г). При сохранении вертикальной позиции роженице не требуется применять средства, стимулирующие родовую деятельность. Более физиологично протекает второй период родов. Дыхание роженицы не затруднено, в результате снижен риск гипервентиляции. При сохранении вертикальной позиции роженицы во время потуг создаются благоприятные условия для правильного вставления головки плода, осуществления биомеханизма периода родов имеет тенденцию к некоторому удлинению (на 20-30 мин) в связи с более медленным плавным продвижением плода, которое способствует значительному снижению материнского и детского травматизма по сравнению с таковыми при дорсальной позиции женщины. Снижение кровопотери в последовом и раннем послеродовом периодах происходит за счет боли быстрого отделения плаценты, поскольку роженица находится в сидячем положении. Обеспечивается активное поведение роженицы во время родов. Роженица в вертикальном положении активно участвует в родовом процессе, своими глазами видит рождение собственного ребенка.

Выводы. Таким образом, анализируя особенности течения и исхода родов, проведенных в вертикальной позиции, нельзя не признать целесообразность широкого внедрения данного метода в практику родильных комплексов. Ведение родов в вертикальной позиции способствует снижению числа осложнений родового акта как для матери, так и для плода, уменьшает фармакологическую нагрузку на роженицу и плод, способствует адекватному становлению лактации. Исходя из выше изложенного мы рекомендуем пересмотреть отношение к ведению родов и выработать оптимальную тактику их ведения в современных условиях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ильенко А.И., Смирнова А.М. Вертикальные роды как альтернативный способ родоразрешения. Информационное письмо. М. 2001; 26.
2. Ильенко А.И., Смирнова А.М., Тайнова Л.В. и др. Журн. практ. врача акушер. гинек. 2002; 1: 78.
3. Кулаков В.И. Серов В.Н. Руководство по безопасному материнству. М. Триада-х 1998; 114-161.
4. Кулаков В.И., Фралова О.Г. Клинический вестник. 1997; 7-10.
5. Кузнецова Н., Заборский В.М. Вертикальные роды. Журн. «9 месяцев» 2002; 2; di.ru.

УДК 615.851.11:615.015

ВНУШАЕМОСТЬ И ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Кавалян К. В., Мамедова У. Ю.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра фармакологии с курсом клинической фармакологии, фармацевтической технологии и курсом ПО
Научный руководитель: д.м.н., проф. Новицкий И. А.*

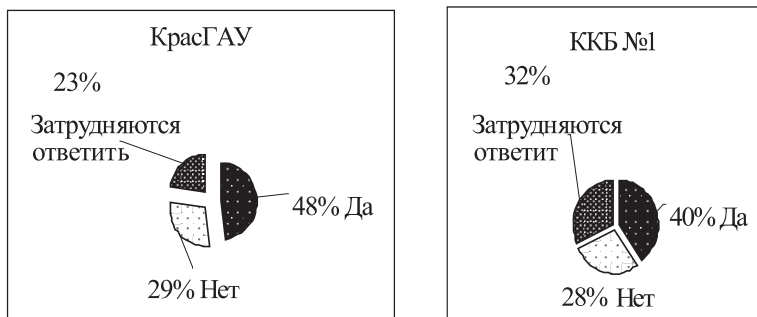
Актуальность исследования. В мире встречается огромное число людей занимающиеся самолечением, что в основном происходит под влиянием мнений друзей и знакомых. И это представляет большой научный интерес для изучения причин самостоятельного приема лекарств. Согласно разным источникам, в таких ситуациях число отравлений составляет около 15% от количества всех людей, принимающих препарат не по назначению врача. Здесь можно добавить еще, что в свободной продаже приобретено в 2008 г. 70 млн. упаковок болеутоляющих в РФ.

Цель исследования. Выяснить насколько внушаемость или мнение окружающих влияет на прием и эффект лекарственных препаратов среди лиц разных групп населения.

Метод и материалы. Методом анкетирования проведено исследование студентов КрасГАУ в возрасте от 17 до 22 лет и больных, находящихся на стационарном лечении в урологическом отделении Краевой клинической больницы №1 города Красноярска в возрастной группе от 16 до 71 лет. Всего обследовано 110 человек.

Полученные результаты. Мы разделили всех респондентов на 3 основные группы.

1 группа. Респонденты, принимающие лекарственные средства для улучшения состояния собственного здоровья или для других целей;



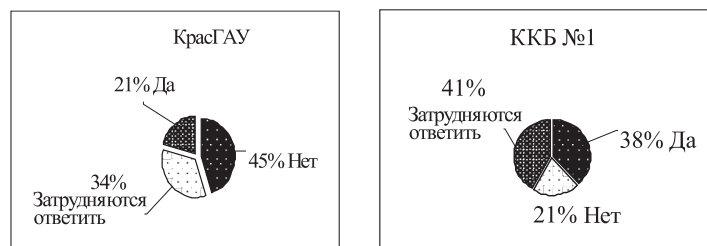
Принимают лекарственные средства для улучшения состояния собственного здоровья около 1/2 анкетированных, причем в КрасГАУ таких лиц несколько больше (47,7%), чем в ККБ №1 (40,2%) ($P < 0,05$). В то же время в обеих группах примерно одинаково количество лиц, которые считают, что прием лекарств не улучшает состояние здоровья (29% в КрасГАУ и 28% в ККБ №1).

2 группа. Респонденты, считающие, что мнения друзей и родственников влияет на прием лекарственных средств;



Мнением родственников и друзей о необходимости приема лекарств в аграрном университете интересуется значительно больше лиц (46%), чем в ККБ № 1 (34%) ($P < 0,01$). Одновременно примерно 20% респондентов в КрасГАУ и в ККБ №1 не интересуются мнением родственников и друзей.

3 группа. Респонденты, считающие, что прием лекарственных средств это обязанность;



В аграрном университете 21% считают необходимым прием лекарственных веществ, тогда как в ККБ №1 таких лиц значительно больше (38%) ($P < 0,01$).

Выводы. Таким образом, среди студентов преобладает мнение о необходимости приема лекарственных средств для улучшения собственного здоровья. Целесообразность учета мнения друзей и родственников по приему лекарственных препаратов преобладает в КрасГАУ, чем в ККБ №1, что можно объяснить общим состоянием больных, когда лекарственные препараты снижают негативное проявления заболеваний.

В заключении можно добавить, что в КрасГАУ преобладает мнение о том, что лекарственные препараты предупреждают заболевания, тогда как в ККБ №1 больные думают о длительной ремиссии и мнение о предупреждении заболеваний практически отсутствует.

УДК 618.36-091:618.14-005.1

ПАТОМОРФОЛОГИЯ ПЛАЦЕНТАРНОГО ЛОЖА ПРИ ГИПОТОНИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Кавальян К. В., Мамедова У. Ю., Щедова А. А.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра патологической анатомии им. проф. П. Г. Подзолкова

Научный руководитель: д.м.н., проф. Кириченко А. К.

В настоящее время маточные кровотечения остаются одной из основных причин материнской смертности, часто осложняют течение послеродового периода, приводят к развитию нейроэндокринной патологии в отдаленном периоде [4, 8, 9]. Ежегодно 127000 женщин в мире умирают от кровотечений, что составляет 25% всей материнской смертности. В Российской Федерации кровотечения являются ведущим осложнением, обусловившим летальный исход 42% смертей, связанных с беременностью, родами и послеродовым периодом. При этом в 25% случаев кровотечение является единственной причиной неблагоприятного исхода беременности. Наиболее часто кровотечения с летальным исходом возникают на фоне гестоза (58%) и экстрагенитальной патологии (59%). Так, при сочетании с гестозом тяжелые гипотонические кровотечения являются причиной смерти у 36% родильниц, а при сочетании гестоза и соматической патологии - у 49% [7].

Причины гипотонического состояния матки можно разделить на две основные группы: 1) состояния и заболевания матери, обуславливающие атонию матки (гестозы, заболевания ССС, печени, почек, дыхательных путей, ЦНС, нейроэндокринные расстройства, острые и хронические инфекции); все экстремальные состояния родильницы, сопровождающиеся нарушением перфузии тканей и органов, в том числе матки (травмы, кровотечения, тяжелые инфекции); 2) причины, способствующие анатомической и функциональной неполноценности матки: аномалии расположения плаценты, задержка в полости матки частей последа, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, пороки развития матки, приращение и плотное прикрепление плаценты, воспалительные заболевания матки, миома матки, многоплодие, крупный плод, изменения деструктивного характера в плаценте [1, 2, 3].

Цель исследования: изучить патоморфологию плацентарной площадки при атонических кровотечениях в послеродовом периоде.

Материалы и методы: Морфологическому исследованию подверглись 16 удалённых оперативным путём маток в связи с ранним послеродовым гипотоническим кровотечением. В 8 наблюдениях в качестве основной причины кровотечения выступил тяжелый гестоз; в 2 – многоводие; в 2 – крупный плод; в 2 – упорная слабость родовой деятельности и в 2 – рубец на матке. Группу сравнения составили 10 маток, удаленных путем ампутации и экстирпации по следующим причинам: миома матки (6 случаев); перитонит после кесарева сечения (2 случая), разрыв матки по рубцу (2 случая).

Если матка исследовалась до фиксации в формалине, поиск плацентарного ложа и маркировка его отделов не составляли труда. Через центральную часть ложа вырезалась полоса эндометрия с подлежащим миометрием длиной 5 – 7 см в таком объеме, чтобы в образец ткани попали краевая и центральная зоны плацентарной площадки. Ширина полосы 0,5 – 0,7 см, высота 1 – 1,5 см. Во время вырезки образцов ткани для микроскопии их ориентация осуществлялась таким образом, чтобы в срез попали эндометрий, подлежащий миометрий и граница между ними. Это дало возможность проследить структурные изменения как в эндометриальных, так и в миометриальных сегментах спиральных артерий [5]. В большинстве наблюдений исследуемый материал был фиксированным, в нем плацентарное ложе часто не визуализировалось. В таких случаях вся область задней поверхности свода матки (место типичного расположения плаценты), путём параллельных разрезов на полоски, бралась на исследование и маркировалась. В результате поискового анализа по характерным маркерам определялась плацентарная площадка. В части наблюдений обнаружить её локализацию облегчали данные предварительного УЗИ [6].

Материал после фиксации в 10% забуференном нейтральном формалине подвергался парафиновой проводке по общепринятым методикам. Стандартной толщины срезы (5 мкм), помимо рутинных методик (окраска гематоксилином и эозином, пикрофуксином по Ван-Гизону), окрашивались азаном по Маллори (для выявления фибриноида), по Вейгерту (эластический каркас сосудов), проводилась импрегнация солями серебра по Футу. При микроскопии особенности, глубина и характер цитотрофобластической (ЦТ) инвазии и гестационной перестройки артерий оценивались на качественном уровне.

Интенсивность интерстициальной ЦТ инвазии оценивали полуквантитативно. Для этого определяли плотность распределения элементов ЦТ по градации: слабая инвазия – единичные или немногочисленные разрозненные клетки интерстициального и внутрисосудистого ЦТ; умеренная – легко обнаруживаемые очаговые скопления клеток интерстициального и внутрисосудистого ЦТ, соотношение количества которых с другими клеточными элементами примерно равное; выраженная инвазия – густые и солидные скопления инвазивного и внутрисосудистого ЦТ с явным преобладанием их над другими клетками. Анализ, как интерстициальной, так и внутрисосудистой инвазии в каждом случае осуществляли в местах её выявления в 20 произвольно выбранных полях зрения в препаратах, окрашенных гематоксилином и эозином, при увеличении $\times 200$.

Результаты исследований: В группе сравнения толщина decidua parietalis варьирует от 1 до 8 мм. Поверхность париетальной оболочки содержит многочисленные устья открывающихся на ней желез. Железы разграничены узкими прослойками децидуальной ткани, в связи с чем эндометрий напоминает крупноячеистую сеть. Эпителий желез в основном отсутствует или представлен в виде узкой полосы. Разделение на компактный и спонгиозный слои прослеживается не везде. Строма состоит из децидуальных клеток эпителиоидного и промежуточного типа.

Плацентарная площадка имеет неровную поверхность. В центральной части она покрыта прерывистой тонкой полосой фибриноида. Местами массы фибриноида содержат мелкие кальцификаты и остатки якорных ворсин, погруженных в него на различную глубину. Развитые ЦТ пролифераты в дистальных участках якорных ворсин отсутствуют. На поверхности фибриноида, обращенной в межворсинчатое пространство, определяется непостоянная полоса синцитиотрофобласта. Слой фибриноида относительно четко ограничен от подлежащего миометрия. В местах расположения ЦТ в подлежащем миометрии определяется интерстициальная ЦТ инвазия. Она имеет слабо выраженный, локальный характер, осуществляется редкими клетками интерстициального ЦТ и многоядерными клетками, ограничиваясь двумя – тремя пучками мышечных волокон. Во многих участках миометрия в центральной зоне плацентарной площадки многоядерные гигантские клетки преобладают. Миометрий содержит большое количество крупных сосудов венозного типа с неправильной формы широкими просветами, обладающими тонкими стенками и уплощенным эндотелием, в связи с чем местами напоминает губку. В некоторых венах содержатся красные и смешанные пристеночные и обтурирующие тромбы.

В краевой зоне маточно-плацентарной области группы сравнения хорошо сохранена децидуальная ткань, полоса фибриноида шире, граница её с миометрием неровная, частично сохранены железы эндометрия. Плацентарная площадка выстлана фибриноидом и несколькими слоями крупных зрелых децидуальных клеток. Изолированные ЦТ клетки неравномерно рассеяны в слое, местами группируясь в небольшие скопления. Среди них имеется немалое количество многоядерных клеток. Инвазия ЦТ здесь намного активнее, чем в центральной зоне, распространяется на большую площадь. В полосе фибриноида одноядерные формы ЦТ превалируют над многоядерными клетками. По мере приближения к миометрию их соотношение меняется в обратную сторону. ЦТ формирует солидные многоядерные скопления, в составе которых присутствуют не только компактные ЦТ элементы, но и крупные его клетки. На границе миометрия расположены сосуды, подвергшиеся гестационным изменениям и готовые к открытию в межворсинчатое пространство. Активность ЦТ инвазии в краевой зоне плацентарной площадки распространяется не только на эндометрий, но и проникает в подлежащие слои миометрия. Инвазия интерстициального ЦТ в виде компактных пролифератов неглубока и ограничивается пределами нескольких слоев мышечных волокон миометрия. Гораздо более протяженную дистанцию в краевых зонах маточно-плацентарной области преодолевают изолированные клетки интерстициального ЦТ. Эти элементы немногочисленны, но проникают более глубоко, чем в центральной зоне маточно-плацентарной области. Место локализации таких клеток непредсказуемо: в межмышечных соединительнотканых прослойках, непосредственно между мышечными волокнами, в стенках сосудов, в периваскулярной строме.

В слое фибриноида и в непосредственной близости под ним видны крупные артерии с полуспавшимися просветами. Все сосуды в маточно-плацентарной области имеют широкие, неправильной формы сечения и тонкие стенки. Гестационная перестройка происходит при участии периваскулярного ЦТ и сопровождается полным фибриноидным замещением мышечно-эластических структур и эндотелия значительной части сосудов (полная гестационная перестройка). В случаях неполных гестационных преобразований мышечно-эластические элементы сосудистых стенок замещены фибриноидом и ЦТ, но эндотелий сохраняется.

При атонических кровотечениях плацентарная площадка имеет неровную поверхность, на которой определяются плоские тромботические наложения и жидкая кровь. В матках исследуемой группы в местах контакта ворсин с поверхностью матки появляются мелкие скопления гиперхромных ядер синцитиотрофобласта, напоминающие синцитиальные почки. Проплиферация ЦТ якорных ворсин довольно вялая, его клетки формируют один – два слоя на границе их прикрепления к фибриноиду. Во многих местах фибриноид включает погибшие децидуальные клетки, ЦТ и многоядерные

гигантские клетки. Под слоем погибших клеток выявляется инвазирующий ЦТ. Клетки инвазирующего ЦТ расположены редко, имеют крупные размеры. Численность многоядерных гигантских клеток в миометрии центральной зоны широко варьирует. Они могут быть единичными и многочисленными, располагающимися плотными рядами и занимающими большие пространства. В целом их популяция больше, чем в группе сравнения. Мышечные клетки, прилегающие к скоплениям гигантских клеток, подвергаются отеку и лизису.

Со стороны поверхности плацентарной площадки в толщу фибриноида мигрирует небольшое количество элементов изолированного ЦТ. Инвазия подлежащего миометрия неглубока, ограничиваясь поверхностными пучками мышечных волокон, и осуществляется в основном немногочисленными многоядерными клетками. Полная гестационная перестройка наблюдается редко, и в тех сегментах артерий, которые вскрываются в межворсинчатое пространство. Интраваскулярная инвазия менее развита и наблюдается в единичных сосудах, в гестационной перестройке артерий в основном принимают участие клетки интерстициального ЦТ.

В отличие от группы сравнения ЦТ инвазия в краевой зоне маточно-плацентарной области при гипотонических кровотечениях выражена слабее. Сплотные пролифераты ЦТ определяются в поверхностных слоях плацентарной площадки. Его клетки внедряются со стороны поверхности эндометрия во вскрывшиеся артерии и железы. Во всех участках инвазивного поля, как в эндометрии, так и в миометрии выявляются многоядерные гигантские клетки. В их присутствии осуществляется и интерстициальная ЦТ инвазия и гестационная трансформация артерий. В краевых участках decidua basalis развиваются небольших размеров очаги некроза, в которые вовлечены железы. Вблизи очагов некроза в сосудах присутствуют обтурирующие, преимущественно свежие и подвергающиеся организации, тромбы. Продолжается подготовка и вскрытие в межворсинчатое пространство крупных, полнокровных модифицированных сосудов. В претерпевших гестационную перестройку артериях фибриноид демонстративно преобладает над периваскулярным ЦТ. Часто можно наблюдать широкие муфты из его депозитов вокруг и в стенках сосудов. В подлежащем миометрии иногда определяются "старые" тромбы в сосудах, относительно давно подвергшихся гестационному перемоделированию. Такие артерии имеют складчатые очертания, их стенки представляют собой эозинофильную бесструктурную полосу из фибриноида. Просветы сосудов заполнены сетчатыми фибрина или рыхлой волокнистой соединительной тканью с редкими фибробластами. В некоторых тромбах отмечаются признаки организации. Большая часть сосудов подвергается неполному гестационному перемоделированию и лишь единичные артерии полностью замещены фибриноидом и ЦТ. Гестационная перестройка артерий охватывает крупные сосуды базальных отделов эндометрия и прилежащих поверхностных участков миометрия. Перестройка сосудов идет в большей степени за счет интерстициального цитотрофобласта и в меньшей при участии внутрисосудистого.

Заключение: В результате проведенного исследования получены доказательства особенностей цитотрофобластической инвазии в маточно-плацентарной области при гипотонических послеродовых кровотечениях. Они сводятся к снижению инвазивных процессов главным образом в краевой зоне плацентарного ложа, ограничивающихся поверхностными слоями миометрия и неполной гестационной перестройкой миометриальных артерий.

Учитывая то, что недостаточность цитотрофобластической инвазии лежит в основе широкого спектра акушерской и гинекологической патологии, знание её морфогенеза представляется крайне необходимым в клинической практике.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э.К. Акушерство. – Санкт – Петербург, 2005. – С. 325 – 327
2. Курцер М.А., Панин А.В., Сушевич Л.В. // Акушерство и гинекология. - Москва, 2005. - №4.
3. Милованов, А. П. Патология системы мать – плацента – плод / А. П. Милованов: Рук-во для врачей. – М., 1999. – 448 с.
4. Сидорова И.С. Физиология и патология родовой деятельности. – М., 2000.
5. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Белоцерковцева Л.Д. Клинические лекции по акушерству и гинекологии. – Москва, 2004. – С. 209
6. Трифонов Н.С., Ищенко А.А. Современные методы терапии акушерских кровотечений // Акушерство и гинекология. - Москва, 2008 - №3. – С. 7-9
7. Федорова Т.А., Стрельникова Е.В., Рогачевский О.В. Анализ многоцентрового применения рекомбинантного коагуляционного фактора 7А (новосэвен) в лечении массивных акушерских кровотечений // Акушерство и гинекология. - Москва, 2008 - №4. – С. 48 -50
8. Massive obstetric hemorrhage Rashmi Bagga, MD; Vanita Jain, MD; Seema Chopra, MD; Jasvinder Kalra, MD; Sarala Gopalan, PhD, FRCOG Journal of perinatal Medicine Volume 31, Issue 5 (2003).
9. Postpartum hemorrhage in resource-poor settings S.E. Geller, M.G. Adams, P.J. Kelly et al. International Journal of Gynecology and Obstetrics (2006) 92, 202—211

УДК 616.5 – 006.441 - 07

ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО БЕНЗОДИАЗЕПИНОВОГО РЕЦЕПТОРА ПРИ ЛИМФОМАХ КОЖИ

Кавалян К. В., Мамедова У. Ю.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра патологической физиологии*

Научные руководители: д.м.н. Рукша Т. Г., ст. преп. Климина Г. М.

Актуальность исследования. Лимфомы кожи являются опухолевыми заболеваниями различной степени злокачественности, в основе развития которых лежит пролиферация в коже лимфоидных клеток. Данная патология составляет 1-2% в общей структуре кожных заболеваний, отмечается тенденция к росту заболеваемости. Заболевание возникает чаще у мужчин старше 40 лет, хотя в последнее время отмечается рост заболеваемости среди лиц молодого возраста и даже детей. Лимфомы кожи разделяют на 2 группы – Т-клеточные и В-клеточные. Развитие опухолевого процесса, в том числе из лимфоидной ткани, характеризуется появлением клеток, которым присущ опухолевый атипизм. Опухолевый атипизм, то есть количественное и качественное отличие свойств опухолей от нормальной ткани, а также от других патологически измененных тканей, встречается в виде атипизма регуляции роста и дифференцировки опухолевых клеток, что характеризуется проникновением клеток опухоли в нормальную ткань кожи, сопровождающиеся деструкцией этой ткани.

У опухолевых клеток уменьшается площадь поверхности соприкосновения, уменьшается количество нексусов - контактов, обеспечивающих адгезивность клеточных мембран, меняется состав мембранных гликопротеидов - укорачиваются углеводные цепи. В клетке начинают синтезироваться несвойственные зрелым клеткам эмбриональные белки,

повышается количество фосфотирозин. Все это приводит к нарушению свойств контактного торможения, повышается лабильность, текучесть мембраны. В норме клетки, вступая в контакт друг с другом, прекращают деление (имеет место саморегуляция процесса деления). В опухолевых клетках отсутствие контактного торможения приводит к безудержной пролиферации. Одним из белков, регулирующих интенсивность клеточной пролиферации является периферический бензодиазепиновый рецептор. Известно, что значительное увеличение экспрессии ПБР в кератиноцитах эпидермиса происходит на фоне снижения интенсивности процессов запрограммированной гибели этих клеток. Обнаружение обратной зависимости между экспрессией ПБР в кератиноцитах и уровнем апоптоза подтверждает роль ПБР в регуляции запрограммированной клеточной гибели и снижении чувствительности этих клеток к действию эндогенных апоптогенных факторов. Участие ПБР в процессах регуляции пролиферации и апоптоза кератиноцитов делает их привлекательной терапевтической мишенью при заболеваниях кожи. Функционирование и экспрессия ПБР при лимфомах кожи никогда не исследовались.

Цель исследования. Определить уровень ПБР при лимфомах кожи.

Метод и материал. В качестве материала исследования использовались биоптаты кожи, при этом были взяты пять образцов у нормальных людей и семь образцов у больных с лимфомами кожи (с грибовидным микозом).

В качестве метода исследования был использован иммуногистохимический анализ (ИГХА), при котором биоптаты кожи инкубировались с моноклональными антителами к ПБР. Оценивалось количество ПБР+ клеток на 100 клеток опухолевого инфильтрата. Статистическая обработка результатов производилась с помощью критерия Манна-Уитни.

Результаты и обсуждения. Патологический процесс определялся в эпидермисе и дерме. Регистрировались атипичные лимфоциты с гиперхромными ядрами неправильной формы, в верхних слоях дермы – полосовидные инфильтраты. При ИГХА в клетках нормальной кожи определялось 16% ПБР+ клеток, а в коже больных грибовидным микозом их число возросло до 44,8%. При этом их число в эпидермисе составило 50,7%, в дерме - 38,7%.

Вывод. С учетом роли ПБР в регуляции пролиферации клеток, полученные результаты указывают на возможное участие данного белка в формировании лимфом кожи. Увеличение числа пролиферирующих лимфоцитов характеризуется повышением в них уровня ПБР. Полученные данные могут быть применены в диагностике лимфом кожи

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Цветкова Г. М., Мордовцев В. Н. Патоморфологическая диагностика заболеваний кожи. – Москва, 1986.
2. Теплюк Н. П., Севидова А. А., Халдин А. А., Шкребец С. В. Мушиноз кожи как клинический дебют Т-клеточной лимфомы кожи (клиническое наблюдение) // Российский журнал кожных и венерических болезней. – Москва, 2008. – № 3. – С. 4 - 7
3. Тарасенко Г. Н., Ламоткин И. А., Тарасенко Ю. Г., Кузьмина Ю. В. Лимфома кожи в практике врача-дерматолога // Российский журнал кожных и венерических болезней. – Москва, 2006. – №2. – С. 6 – 9
4. Галил – Оглы Г. А., Бершанская А. М., Олисова О. Ю. Современная диагностика доброкачественной лимфопазии кожи // Российский журнал кожных и венерических болезней. – Москва, 2002. – №5. – С. 12 - 16

УДК 807.35. 001.8

ГРЕЧЕСКАЯ МИФОЛОГИЯ КАК ИСТОЧНИК МЕТАФОРИЧЕСКОЙ НОМИНАЦИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

Кавардакова А. В., Полянских Е. А.

*Пермская государственная фармацевтическая академия
Кафедра латинского языка*

Научный руководитель: к.ф.н., доц. Лазарева М. Н.

Языковая картина медицины отличается образностью и символизмом в силу специфики античной культуры, стоящей за ней. В языке медицины научное понятие часто выражают не только с помощью лексического богатства древнегреческого и латинского языков, но и базируясь на истории античной культуры, метафорически переосмысливая её образы и воплощая их в виде живого существа.

Метафорой называется оборот речи, слово или словосочетание, заключающее скрытое уподобление, образное сближение слов на базе их переносного значения. Разновидность метафоры, при которой происходит воплощение какого-либо понятия или качества в образе живого существа, называется олицетворением. Терминология медицины, тесно связанная с многовековой историей развития мировой культуры, дает богатый материал для изучения метафор–олицетворений языка для специальных целей.

Целью нашей работы явилось исследование метафор–олицетворений в терминах разных медицинских дисциплин, которые используются для обозначения и дифференциации научных понятий.

Материалом для исследования являлись наименования симптомов, синдромов и болезней, которые включены в Энциклопедический словарь медицинских терминов под ред. Б.В. Петровского и в Медицинский энциклопедический словарь Р. М. Янгсона.

Исследование показало, что метафоры–олицетворения встречаются во многих подсистемах медицинской терминологии, и, прежде всего, в названиях самих медицинских дисциплин:

✓ **Гигиена** (от имени богини здоровья Гиги, дочери греческого бога медицины Эскулапа) – область медицины, изучающая влияние условий жизни и труда на здоровье человека и разрабатывающая меры для профилактики заболеваний, обеспечение оптимальных условий существования, сохранения здоровья и продления жизни.

✓ **Венерология** (от имени богини любви Венеры) - область клинической медицины, изучающая этиологию, патогенез и клинику венерических болезней и разрабатывающая методы их диагностики, лечения и профилактики.

В терминологии физиологии:

✓ **Ахиллов рефлекс** (**reflex Achillis**, в честь Ахилла (Ахиллеса), сына Пenea и Фетиды, которого по преданию мать в детстве отпустила в реку Стикс, держа за пятку, в результате чего он стал неуязвим, но когда в его пятку попала стрела Париса, Ахилл умер) - физиологический рефлекс: подошвенное сгибание стопы при ударе молоточком по пяточному (ахиллову) сухожилию.

В анатомической терминологии:

- ✓ **Атлант** (по имени греческого титана) - первый шейный позвонок.
- ✓ **Ахиллово сухожилие (Achillis tendon)** - пяточное сухожилие, при помощи которого мышцы икры соединяются с большой пяточной костью. Ахиллово сухожилие легко рвётся и растягивается.
- ✓ **Ухо сатира** (син. **ухо фавна**; от греч. сатир «нижнее лесное божество, демон плодородия, состоял в свите бога Диониса, изображался получеловеком- полукозлом, с заостренными, похожими на козы уши, хвостом, растрепанными волосами») - вариант строения ушной раковины, при котором отсутствует завиток и бугорок ушной раковины, а ушной хрящ выпячивается в этом месте латерально.
- ✓ **Аммонов рог (Cornu Ammonis)** по имени древнеегипетского бога Амона, изображавшегося с бараньей головой) - парное образование, относящееся к старой коре большого мозга и расположенное в виде валикоподобного возвышения на медиальной стенке нижнего рога бокового желудочка.

В патофизиологической терминологии:

- ✓ **Циклопический глаз (oculus cyclopicus)**, по имени мифического персонажа – одноглазого великана Циклопа) - отсутствие функционального преобладания одного из глаз при бинокулярном зрении.
- ✓ **Синдром Эльпинора** (по имени Эльпинора, спутника Одиссея) – сочетание затрудненного восприятия окружающего, дезориентировки, бесцельного блуждания и расстройств координации движений, наблюдается при переходе от сна к бодрствованию после алкогольного или наркотического опьянения.
- ✓ **Сардонический смех** (по названию острова Сардиния, на котором спутники Одиссея отравились ядовитыми растениями и умерли в жестоких муках) – стойкая гримаса, при которой углы рта оттянуты книзу и кзади с образованием морщин и складок кожи, брови и крылья носа приподняты, а челюсти крепко сжаты; при столбняке, обусловлено судорожным сокращением мимических мышц.

✓ **Голова Медузы (caput Medusae)**, Медуза – мифическое чудовище, голова которого вместо волос покрыта извивающимися змеями) – расширение подкожных вен передней брюшной стенки со змеевидным ветвлением вокруг пупка; наблюдается при portalной гипертензии.

✓ **Гермафродитизм (hermaphroditismus)**, по имени Гермафродита - сына Гермеса и Афродиты, отвергнувшего любовь нимфы Сальмакиды. Боги, вняв мольбам нимфы, навеки соединили её тело с телом возлюбленного) – редкая аномалия, при которой у человека имеются и мужские, и женские репродуктивные органы, часто в неявно выраженной форме.

В терминологии акушерства и гинекологии:

✓ **Кесарево сечение (sectio caesarea)**, от лат. *Lex Caesarea*, 1. от имени Ю. Цезаря, который, по легенде, был извлечён из тела матери путём сечения; 2. от названия Римского закона, разрешившего производить эту операцию) – хирургическая операция извлечения плода и последа из полости матки через разрез в её стенке.

В терминологии микробиологии:

✓ **Протеи (Proteus)**, по имени морского божества древнегреческой мифологии, способного произвольно менять свой вид) – род микроорганизмов семейства Enterobacteriaceae, для человека условно патогенные, выделяются при гастроэнтеритах, могут явиться возбудителями пищевых токсикоинфекций.

В фармацевтической терминологии:

✓ **Панацея** (по имени древнегреческой богини исцеления Панацеи) - всеисцеляющее средство.

✓ **Калипсо** (по имени нимфы Калипсо) - препарат, применяемый для наркоза.

Однако особенно много метафор – олицетворений встречается в **терминологии психиатрии**, где метафорический термин представляет абстрактное научное понятие в виде конкретного наглядного образа:

✓ **Эдипов комплекс** (от имени Эдипа – сына царя Фив, который убил своего отца и женился на собственной матери) - одна из центральных категорий фрейдизма, согласно которой большинство психических нарушений вызваны чувством вины за подсознательное детское желание убить одного родителя (отца или мать, в зависимости от пола ребёнка) и иметь половые отношения с другим родителем.

✓ **Пигмалионизм** (от имени царя Кипра, легендарного скульптора Пигмалиона, влюбившегося в созданную им статую) - половое извращение у мужчин в виде влечения к скульптурным изображениям женщин.

✓ **Нарциссизм** (от имени прекрасного юноши Нарцисса, который был наказан богиней Афродитой за то, что влюбился в собственное отражение в воде и умер от этой любви, а из капель его крови выросли цветы) - чрезмерное любованье своей красотой, термин используется главным образом, в отношении мужчин.

✓ **Сатириазис (satyriasis)**; от греч. Satyros – козлоподобное лесное божество, отличавшееся похотливостью) - патологическое повышение полового влечения у мужчин в виде постоянного чувства полового неудовлетворения и безудержного стремления к половым сношениям.

Проведенное исследование показало, что в терминологии медицины функционирует значительное число антропоморфных терминов, представляющих собой метафоры-олицетворения. Эти термины, часто обладающие отрицательными коннотациями, являются символами, поскольку они не отражают сущности научного понятия, а только указывают на действие или качество, которое косвенным образом с ними связано. Так, многие термины-мифологемы, используемые в патофизиологической и психиатрической терминологии, позволяют иносказательно назвать заболевание, раскрывая истинное значение этого названия только специалистам.

Изучение этой группы медицинских терминов значительно расширяет общекультурный кругозор и наше представление о медицинской терминологии, которая тесно связана с историей развития мировой культуры.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бекишева Е.В. Антропоморфные термины в языке медицины: этнолингвистический и когнитивный аспекты. - Язык медицины: Всероссийский межвузовский сборник научных трудов. Вып. 1 – Самара: ООО "Содружество плюс" ГОУ ВПО «СамГМУ», 2004. – С. 48 – 59.
2. Ботвинник М.Н., Коган Б.М. Мифологический словарь: книга для учителя. – 4-е издание, испр. и перераб. – М.: Просвещение, 1985. – 176 с.
3. Петров Ф.Н., Анчурин И.А. Словарь иностранных слов. – 10-е издание, - М.: Русский язык, 1983. – 608 с.
4. Петровский Б.В. Энциклопедический словарь медицинских терминов в 3-х томах. – М.: Советская энциклопедия, 1982 – 1984.
5. Сыропятов Б.Я. Медицинская терминология для провизоров. – Сыктывкар: Коми книжное издательство, 1992. – 464 с.
6. Чернявский М.Н. Краткий очерк истории и проблем упорядочения медицинских терминов. //В кн.: Энциклопедический словарь медицинских терминов. – Т. 3, 1984. – С. 411 – 425.
7. Янгсон Р.М. Медицинский энциклопедический словарь/перевод с англ. Незлобиной Е.И. – М.: Астрель: АСТ, 2005. – 1375 с.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ ГЕЛЬМИНТОЗОВ СРЕДИ ДЕТЕЙ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ**Казакова Т. С.***Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого**Кафедра биологии с экологией и курсом фармакогнозии***Научный руководитель: к.б.н., доц. Максимова М. Н.**

Гельминтозы- заболевания человека, вызываемые паразитическими червями, которых насчитывается более 150 видов. Противоборство человека с гельминтозами вечно, по сей день миллионы людей страдают сотнями паразитарных заболеваний. Первые документированные сведения об инвазии (invasio- внедрение) аскаридами и ленточными червями относятся к 16 веку до нашей эры- о них сообщается в папирусе Эберса, а термин Helminthos ввел Гиппократ. Проблема гельминтозов стоит перед человечеством очень остро из-за их широкого распространения, особенно в развивающихся странах, где часты случаи интенсивных инвазий, ведущих к тяжелым осложнениям, иногда с летальным исходом, из-за белкового голодания и дефицита витаминов. В нашей стране распространение гельминтозов на многих территориях остается весьма широким. Резко возросла пораженность детского населения особенно нематодозами - заболеваниями, вызываемыми паразитированием круглых червей. Среди нематодозов преобладают контактные: аскаридоз и энтеробиоз. Самым распространенным на территории Красноярского края является энтеробиоз, составляющий около 88% от всех заражений гельминтозами. Это единственная инвазия, отличающаяся резко выраженным участием детей в формировании заболевания. Наибольшее число инвазированных среди детей в возрасте от 3 до 5 лет, причем у половины больных нарушен нервно-психический статус, снижается память, что обусловлено токсическим действием паразитов, сопровождающимся расстройством секреторной, кроветворной, иммунной и нервной функций, приступами кишечной колики, имитирующими острые хирургические болезни органов брюшной полости.

Высокая зараженность детей энтеробиозом объясняется не только ослаблением внимания со стороны родителей и воспитателей к привитию гигиенических навыков, а также ослаблением контроля со стороны органов народного образования к поддержанию санитарных условий в детских дошкольных учреждениях, но и прежде всего - биологией острицы: самка для откладки яиц выползает из анального отверстия и яйца откладываются в перианальных складках, где в течение 6 часов становятся инвазионными, т.е. в них уже развита личинка. Движение самок при откладке яиц вызывает раздражение кожи и сильный зуд. При расчесывании зудящихся мест больной загрязняет руки, белье и постель. Быстрое развитие личинок в яйцах является причиной аутоинвазии. Следует помнить, что носители остриц, рассеивая их яйца, способствуют заражению энтеробиозом окружающих людей - таково происхождение случаев семейного энтеробиоза и возникновения его очагов в детских коллективах при тесном общении детей между собой.

При изучении материалов зараженности детей энтеробиозом в Абанском районе обнаруживаем такие же закономерности, как и в других регионах: наиболее высока зараженность у детей от 4 до 8 лет, причем число детей этого возраста, страдающих энтеробиозом, год от года возрастает от 10 до 40%.

Вторым по широте распространения среди детей является аскаридоз, в последние годы в стране в целом и в Красноярском крае в том числе наметилось некоторое снижение зараженности этим гельминтозом (98 человек на 100 тысяч населения в 2007 году против 102 человек - в 2003 году). Анализируя достаточно высокую зараженность населения аскаридозом нужно отметить, что причиной является не только миграция населения в летний период, снижение социального уровня, удорожание лекарственных средств и гигиены, но и низкий уровень санитарных знаний, умений и навыков.

Человек, в кишечнике которого паразитируют аскариды, является источником инвазии, ежедневно с испражнениями выбрасывает в окружающую среду от четверти до миллиона яиц, которые в благоприятных условиях (высокая влажность, температура 20-250С) в течение четырех недель становятся инвазионными - в них сформировалась личинка.

Поскольку у детей еще не сформировались санитарно- гигиенические навыки, то у них очень высока вероятность заражения аскаридозом - с грязными, невымытыми руками при употреблении загрязненных овощей и фруктов в кишечник ребенка попадают зрелые яйца аскарид. Личинки, вышедшие из яиц, внедряются в стенку кишечника и током крови заносятся в печень и легкие. В легких личинка активно проникает в бронхиолы и альвеолы. Кровоизлияние в легкие и кровохарканье являются следствием разрыва капилляров, возникающих в местах перфорации их личинками. При выходе личинки из легких попадают в ротовую полость, проглатываются и, попав в кишечник, превращаются в половозрелые особи. Аскаридоз - опасное заболевание для взрослых и детей, опасность обусловлена не только токсическим действием паразита, но и травмированием кишечника, возможной непроходимостью кишечника, возможной миграцией в другие органы, что может сопровождаться абсцессами, необходимостью хирургического вмешательства. Имеют место функциональные расстройства со стороны нервной системы: головокружение, повышенная умственная утомляемость, истерические припадки вплоть до эпилептиформных судорог.

Анализ заболеваемости аскаридозом детей Абанского района позволяет обнаружить такую же закономерность, как и при энтеробиозе: наибольшей зараженности подвержены дети 4-8 - летнего возраста и за последние три года (2005-2007 годы) число больных аскаридозом возрастает в среднем на 10%.

На основании проведенных исследований можно сделать следующие выводы:

- ✓ Гельминтозы могут быть как самостоятельными заболеваниями, так и сопутствовать другим заболеваниям желудочно-кишечного тракта.
- ✓ Длительная интоксикация при гельминтозах и механическое воздействие паразитов могут быть причиной возникновения желудочно-кишечных заболеваний.
- ✓ Зараженность гельминтозами связана с неведением санитарно-гигиеническими правилами и отсутствием соответствующих навыков у детей.
- ✓ Необходимы санитарно-просветительная работа на всех уровнях от детей- дошкольников до взрослого населения включительно, решение социальных проблем и масштабные оздоровительные мероприятия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ильинских Н.Н. и др. Медицинская паразитология т.1, «Печатная мануфактура», 2002 г.
2. Лысенко А.Я. и др. Клиническая паразитология, ВОЗ, Женева, 2002 г.
3. Озерцовская Н.Н. и др. Клиника и лечение гельминтозов, М. Медицина, 1995 г.

ВЛИЯНИЕ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ И ДЕФОРМАЦИЙ

**Калашникова Т. В., Федоров В. А., Червоненко Е. В., Тогочиева Д. П.-Д.,
Кравцова А. А., Кузьменко А. П.**

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедры ортопедической стоматологии, стоматологии детского возраста*

Научные руководители: д.м.н. Манашев Г. Г., асс. Назарова О. Ф., асс. Zubov A. E.

Актуальность темы: Натуральная пища, богатая витаминами, овощи, фрукты, правильное соотношение белков, жиров и углеводов обеспечивают более высокую устойчивость к кариесу. У сельского населения распространенность и интенсивность кариеса значительно меньше, чем у городского, за счет употребления в пищу натуральных продуктов. Характер питания складывается под влиянием национальных особенностей, исторических условий. Благоприятна менее рафинированная пища. Кулинарная обработка продуктов питания, употребление консервантов, различных синтетических добавок увеличивают поражаемость кариесом. Наибольшую опасность для развития кариеса представляет избыток в пище углеводов, особенно рафинированных сахаров.

Зубочелюстные аномалии возникают вследствие кариеса, его осложнений, а следовательно, раннего удаления временных зубов. Чаще всего удаляют временные моляры, что приводит к смещению соседних зубов и мезиальному прорезыванию первых постоянных моляров. Важным фактором, определяющим развитие зубочелюстной системы, является действие мышц челюстно – лицевой области как во время жевания, глотания, дыхания и речи, так и в состоянии относительного физиологического покоя нижней челюсти.

Важным фактором, принимающим участие в развитии и формировании зубов, челюстных и лицевых костей, является функциональная нагрузка. Функция жевания – основная функция этой системы как отдела опорно – двигательного аппарата.

При выполнении функции жевания развиваются значительные усилия, приложенных к сравнительно небольшим участкам челюсти, структура которых соответствует условиям распределения такой нагрузки, передачи требуемых усилий от мест прикрепления жевательных мышц к разным участкам зубного ряда.

Рост и формирование челюстей с первых дней после рождения происходит в условиях их функциональной нагрузки. Сначала это требующая малых усилий функция сосания, затем по мере прорезывания зубов, особенно моляров, – жевание мягкой, а позже и более твердой пищи. Наряду с этим челюсть испытывает некоторые механические воздействия при выполнении акта глотания, а так же речи. Естественно ожидать, что выполнение этих функций и их нарушение должны отражаться на развитии, росте и формировании жевательного аппарата.

Цель исследования: Выявление зависимостей между зубочелюстными аномалиями и деформациями у детей 5-6 лет, посещающих МДОУ города Красноярск, и жевательной нагрузкой возникающей при потреблении пищи.

Задачи исследования:

1. Оценить состояние зубочелюстной системы детей.
2. Установить взаимосвязь между рационом питания в МДОУ и необходимой жевательной нагрузкой на зубочелюстную систему ребенка.

Материалы и методы:

1. Определение стоматологического статуса ребенка.
2. Метод информационного поиска.
3. Анализ полученных данных.
4. Выводы.

Объем исследования: Нами было проведено исследование 100 детей в возрасте от 5 до 7 лет, посещающих МДОУ города Красноярск. А также изучен рацион питания групп.

Результаты исследования: При обследовании детей было выявлено, что в 42% случаях соотношение челюстей – патологическое. Что позволяет нам судить о значимости этой проблемы.

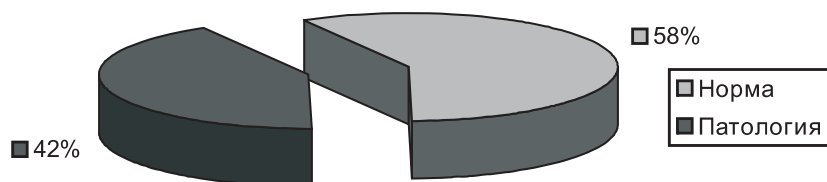


Рис. 1. – Доля патологического соотношения челюстей от общего числа обследованных

В ходе исследования было отмечено преобладание двух видов патологии у детей, посещающих МДОУ г. Красноярск. Эта закономерность, на наш взгляд, связана с единым рационом питания в детском саду.

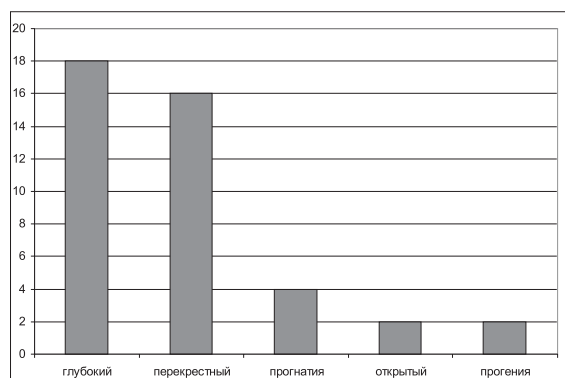


Рис. 2. – Количественное распределение по типам патологического прикуса

Для детей, посещающих МДОУ РФ, в 2002 году был разработан рацион питания.

Блюда	Количество продуктов, г, брутто
Холодные закуски (салаты, винегреты)	50-60 г
Каши, овощные блюда	200 г
Первые блюда	200-250 г
Вторые блюда (мясо, рыба, порционные колбасные изделия, яичные блюда)	80-100 г
Гарниры	100-150 г
Напитки	180-200 мл
Хлеб	30 г - пшеничный, 20 г – ржаной или 40 г только ржаной

Оценив данные таблицы, мы приходим к выводу, что питание в МДОУ города Красноярск соответствует утвержденным нормативам. Проводя стоматологический осмотр детей, выявив аномалии зубочелюстной системы, связанные с питанием, мы сделали заключение, что в рационе питания детей не хватает твердой пищи и переизбыток мягкой и углеводной пищи. Следовательно, существует необходимость пересмотреть рацион питания и сделать акцент на пищу, содержащую больше клетчатки, витаминов, минеральных веществ, белков, т.е. овощи, фрукты и мясные продукты.

Выводы: В ходе нашего исследования, мы пришли к тому, что действительно роль жевательной нагрузки ярко проявляется в формировании и строении альвеолярных дуг и зубных рядов. На наш взгляд, следует пересмотреть рацион питания детей, посещающих МДОУ города Красноярск. В новом рационе питания необходимо широко использовать продукты, обладающие повышенной пищевой и биологической ценностью, что позволит скорректировать пищевую ценность рациона по содержанию микронутриентов и сформировать у детей привычку к употреблению таких продуктов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Колесов А.А., Каспарова Н.Н., Жилина В.В., Леус П.А. и др. Стоматология детского возраста. – изд. 4 – е, перераб. и доп. М.: Медицина, 1991г.
2. Виноградова Т.Ф. Стоматология детского возраста- 5-е издание, - М.: ОАО «Издательство Медицина» - 2006 г.
3. Мосов А.В. Новый рацион питания в доу г. Москвы. <http://dou.resobr.ru>.

УДК 616.314: 616.311 – 084 – 053.4 (571.51 – 201)

ПАССИВНАЯ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКАЯ РАБОТА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА БАЗЕ ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ Г. КРАСНОЯРСКА

Калашникова Т. В., Федоров В. А., Тогочиева Д. П.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедры ортопедической стоматологии, стоматологии детского возраста

Научные руководители: д.м.н. Манашев Г. Г., Назарова О. Ф., Зубов А. Е.

Актуальность темы:

Целью санитарно-просветительской работы является выработка у населения убеждения в необходимости соблюдения правил здорового образа жизни на основе знаний о причинах заболевания, методах их предупреждения и поддержания организма в здоровом состоянии. Санитарно-просветительская работа складывается из двух направлений – пропаганды медицинских знаний о здоровом образе жизни, путях и методах сохранения здоровья и агитации населения в необходимости соблюдения правил и методов здорового образа жизни и профилактики болезней.

Гигиеническое воспитание – это система привития полезных навыков и на основе знания правил здорового образа жизни и убежденности в необходимости их соблюдения.

В стоматологии гигиеническое воспитание играет очень важную роль, так как этиология и патогенез кариеса зубов в значительной мере обусловлены отрицательными привычками человека, связанными с неправильным потреблением сахара, нарушением самоочищения полости рта, недостаточным уровнем гигиены. Гигиеническое воспитание включает два направления – санитарно-просветительскую работу и обучение и контроль за гигиеной полости рта.

Формы проведения санитарно-просветительской работы подразделяются на активные и пассивные. К активным относятся методы непосредственного общения медицинских работников с населением: проведение бесед, выступлений, лекций, докладов. Пассивные – это издание научно-популярной литературы, статей, листовок, памяток, плакатов, санбюллетеней, проведение выставок, показ кинофильмов и др...

Конечной целью санитарно-просветительной работы является не знание о предмете беседы или выступления врача, а убеждение и поступки, выработанные у слушателя в результате приобретения им этих знаний.

Пассивные формы агитации и пропаганды не должны носить безличный характер. Их содержание следует ориентировать на конкретную аудиторию. Например, в поликлинике информация должна помочь больным справиться с уже имеющимися заболеваниями. В школе, ВУЗе требуется иной подход, рассчитанный на практически здоровых молодых людей, несколько скептически воспринимающих знания по данному разделу. В одних случаях санитарные бюллетени, газеты, плакаты должны содержать минимум текста и много красочных рисунков и иллюстраций (например, для младших школьников), в других – иметь больше текстового материала при одной – двух броских запоминающихся иллюстрациях. Поэтому при подготовке наглядной агитации необходимо тщательно продумывать ее оформление, тексты, названия, место, где она будет выставляться и др. Без убеждения невозможны эффективная профилактическая работа и формирование здорового образа жизни как конечной цели профилактики.

Цель исследования: Воспитание у детей, посещающих детские общеобразовательные учреждения г. Красноярск, и их родителей правильных убеждений, направленных на сохранение и поддержание своего здоровья, профилактику заболеваний.

Задачи исследования:

1. Повысить уровень знаний населения в вопросах возникновения и развития стоматологических заболеваний.
2. Повысить уровень знаний населения в вопросах профилактики стоматологических заболеваний.
3. Повысить уровень знаний населения в вопросах общесоматических заболеваний, спровоцированных стоматологическими патологиями.

Материалы и методы:

1. Метод анкетирования:
 - а. Взрослого населения;
 - б. Детского населения.
2. Метод информационного поиска.
3. Анализ полученных данных.

Объем исследования: Нами было осуществлено проведение пассивной санитарно – просветительской работы среди детей в возрасте от 5 до 7 лет и родителей в 200 МДОУ города Красноярск.

Результаты исследования: В ходе анкетирования взрослого и детского населения до проведения пассивной санитарно – просветительской работы уровень знаний в вопросах возникновения, развития и профилактики стоматологических заболеваний оценивался как низкий. Вопросы анкетирования подробно рассмотрены в предыдущих наших работах. В 2006 году была внедрена пассивная санитарно – просветительская работа в виде сказки - раскраски «Путешествие в страну здоровых зубов» для детей и издание памяток для родителей «Как правильно чистить зубы?». Через 6 месяцев с момента внедрения в МДОУ пассивной санитарно – просветительской работы было проведено повторное анкетирование родителей и детей. Уровень знаний возрос.

На сегодняшний день нами выпущены санбюллетени, в которых мы стараемся учесть характеристики реципиентов, чтобы максимально снизить возможные негативные последствия, в том числе ятрогению. Мультиплицировали сказку «Путешествие в страну здоровых зубов» для упрощения восприятия информации детьми. Готовим к выпуску ряд социальных роликов на темы необходимости посещения врача – стоматолога с целью профилактических осмотров, о необходимости соблюдения гигиены полости рта и профилактики стоматологических заболеваний.

Выводы: В результате проведенного исследования мы пришли к выводу: с внедрением пассивной санитарно – просветительской работы в МДОУ города Красноярск в значительной степени возросла заинтересованность взрослого населения состоянием собственного здоровья; вырос уровень знаний в вопросах возникновения, развития и профилактики стоматологических заболеваний среди населения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Железный П.А., Бородин Т.В., Ануфриева О.И., Базин А.К. Терапевтическая стоматология детского возраста: учебное пособие. – Новосибирск, 2007.
2. Персин Л.С., Елизарова В.М., Дьякова С.В. Стоматология детского возраста. – изд. 5 – е, перераб. и доп. - М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006.
3. Чупров Л. Ф. Санитарное просвещение во вспомогательных школах // Фельдшер и акушерка. – 1981. – № 2. – С. 36 – 37.
4. Медицина и жизнь: <http://atmed.info/>.
5. ZUBIK.COM.UA.

УДК 616.341-007.272-089

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Каллагов Т., Рамонов Д.

*Северо-Осетинская государственная медицинская академия
Кафедра госпитальной хирургии*

Научный руководитель: к.м.н., асс. Калицова М. В.

Актуальность проблемы. Острая спаечная кишечная непроходимость является одним из наиболее тяжёлых и распространённых заболеваний в абдоминальной хирургии. Удельный вес острой спаечной кишечной непроходимости среди всех других видов илеуса составляет от 50 до 93% и не имеет тенденции к снижению, что связано с увеличением количества операций на органах брюшной полости и расширением их объёма. Несмотря на современные достижения хирургии и интенсивной терапии результаты лечения острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимости нельзя признать удовлетворительными. Так, по последним сообщениям, летальность достигает 8-30%, а количество послеоперационных осложнений 8-40%. Среди причин этого, наряду с тяжестью самого процесса, особое место занимает отсутствие единой, рациональной лечебно-диагностической программы.

Цель исследования. Разработка рациональной лечебно-диагностической программы позволяющей снизить количество послеоперационных осложнений и летальных исходов у больных с острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимостью.

Материалы исследования. Проанализированы результаты лечения 378 больных с острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимостью, находившихся в клинике госпитальной хирургии Северо-Осетинской государственной медицинской академии, за период с 1996 по 2004 год включительно.

Методы исследования. Из специальных методов диагностики использовали обзорную рентгенографию и ультразвуковое исследование брюшной полости.

Результаты исследования. При помощи данных методов было не только диагностировано нарушение проходимости тонкой кишки, но и прогнозировалось ее течение. Для этого исследования проводили дважды - при поступлении и после активной декомпрессионной терапии, через 6 часов. По динамике клинических, рентгенологических и ультразвуковых данных диагностировали стадию заболевания. На основании данной классификации разработана лечебно-диагностическая программа, позволяющая прогнозировать течение непроходимости, определять показания к консервативному или оперативному лечению, определять сроки предоперационной подготовки. Для первой стадии характерно клиническое улучшение, на контрольной рентгенограмме уменьшение площади газа над уровнем жидкости более чем на 30%, на контрольном ультразвуковом исследовании уменьшение диаметра тонкого кишечника, увеличение толщины стенки кишечника, уменьшение объема секвестрированной жидкости, усиление кишечной перистальтики и исчезновение выпота в брюшной полости, если он определялся ранее. Первая стадия диагностирована у 319 (84,4%) больных. В данной группе больных декомпрессионная терапия была продолжена. Для второй стадии характерно клиническое улучшение, на контрольной рентгенограмме уменьшение площади газа над уровнем жидкости менее чем на 30%, на контрольном ультразвуковом исследовании сохранение диаметра тонкого кишечника, уменьшение толщины стенки кишечника, сохранение объема секвестрированной жидкости, ослабление кишечной перистальтики и сохранение выпота в брюшной полости, если он определялся ранее. У больных со второй стадией – 31 (8,2%) больных, прогнозировалось персистирующее течение непроходимости, и выставлялись показания к оперативному лечению. Сроки предоперационной подготовки ограничивались 12 часами. При 3 стадии состояние больного ухудшается, на контрольной рентгенограмме определяется нарастание площади газа над уровнем жидкости, на контрольном исследовании кишечника, нарастание объема секвестрированной жидкости, ослабление кишечной перистальтики, появление или нарастание выпота в брюшной полости. У больных с третьей стадией – 23 (6,1%), прогнозировалось прогрессирующее течение непроходимости, и выставлялись показания к оперативному ультразвуковому исследованию увеличение диаметра тонкого кишечника, уменьшение толщины стенки кишечника. Сроки предоперационной подготовки ограничивались 6 часами. При 4 стадии наряду с явлениями острой кишечной непроходимости имеются симптомы перитонита. Больным с четвертой стадией - 5 (1,3%) оперативные вмешательства выполнены в течение 2-3 часов, после предоперационной подготовки. Из 378 поступивших больных, оперировано только 59 (15,6%). В ближайшем послеоперационном периоде различные осложнения были выявлены у 16 (27,1%) больных, у 5 (8,5%) больных они привели к летальному исходу. Общая летальность составила 1,3%.

Выводы. Разработанная лечебно-диагностическая программа позволила прогнозировать течение непроходимости, конкретизировать показания к консервативному и оперативному виду лечения, четко определить сроки предоперационной подготовки в зависимости от эффективности проводимой декомпрессионной терапии и снизить количество оперированных больных до 15,6%, избежать ненужных оперативных вмешательств и снизить летальность при данной патологии до 1,3%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Апанасенко Б.Г., Мажара И.П., Подрезова В.С. Вестник хирургии 1988; 2: 153-154.
2. Аскерханов Р.П., Абдуллаев М.Р. Вестник хирургии 1986; 9: 125-129.
3. Буценко В.Н., Антонок С.М. Вестник хирургии 1985; 6: 60-63.
4. Гулов А.С., Якубов У.Я., Тагаев Д.И., Зайнидинов Р. Диагностические и тактические ошибки при острой кишечной непроходимости. Съезд хирургов республик Средней Азии и Казахстана, 5-й: Тезисы докладов. Ташкент 1991; 1: 155.
5. Дубяга А.Н. Вестник хирургии 1987; 8: 50-52.
6. Ермолов А.С., Удовский Е.Е., Андреев В.Г. Пути снижения летальности при острой кишечной непроходимости. Съезд хирургов республик Средней Азии и Казахстана. 5-й: Тезисы докладов. Ташкент 1991; 1: 160.
7. Зайцев В.Т., Алексеенко В.Е., Белый И.С. и др. Неотложная хирургия брюшной полости. Киев. 1989.
8. Калиш Ю.И., Мадартов К.М., Торкин А.Э. Хирургия 1996; 6: 103-108.
9. Кочнев О.С. Экстренная хирургия желудочно-кишечного тракта. Казань. Казанский университет. 1984.
10. Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость. Москва. Медицина. 1989.
11. Рябцев В.Г., Джейранов Ф.Д., Горбовицкий Е.Б., Алиев М.Я. Хирургия 1989; 2: 3—7.
12. Тимербулатов В.М., Хунафин С.Н., Гаттаров И.Х., Кунафин М.С. Вестник хирургии 1999; 6: 36-39.
13. Тишинская З.В. Вестник хирургии 1984; 9: 47-49.
14. Хунафин С.Н. Спаечная болезнь брюшины (диагностика, профилактика, лечение, реабилитация): Автореф. Дис. ... д-ра мед. наук. Уфа. 1986.
15. Fielding L.P., Welch J.P. Intestinal obstruction. Edinburg etc.: Churchill Livingstone.

УДК 611.9:617.53:616.13

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ШЕИ ЧЕЛОВЕКА СПРАВА

Кан И. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра оперативной хирургии с топографической анатомией, хирургической стоматологии - челюстно-лицевой хирургии*
Научные руководители: д.м.н., проф. Самотесов П. А., д.м.н., проф. Левенев А. А.

Большое количество осложнений связанных с повреждением сосудов шеи при проведении операций по поводу кист, флегмон и абсцессов данной области, вынуждает более детально изучить анатомию артериального русла шеи. Повреждения кровеносных сосудов при ранениях шеи встречаются в 4,6-9% случаев в военное время (Левчук А.Л. и соавт., 2001) и в 19,6-53,6% случаев в мирное время (Абакумов М.М. и соавт., 1998;). При этом от 10 до 33% всех ранений шеи сопровождаются повреждением её магистральных сосудов (Леменев В.Л., 1998).

Поэтому целью исследования явилось: изучить особенности артериального русла шеи в зависимости от типа телосложения и формы головы.

Исследование проводилось на 11 трупах мужского пола в возрасте от 41 до 57 лет. Весь материал был разделен на 3 группы в соответствии с классификацией форм головы по В.Н. Шевкуненко (1938 г.) [2]:

1. Долихоцефалы, $\text{index} \leq 75,9\%$ ($n=3$);
2. Мезоцефалы, $\text{index} = 76,0-80,9$ ($n=6$);
3. Брахицефалы, $\text{index} \geq 81,0$ ($n=2$).

Доступ к исследуемым структурам производился дугообразным разрезом, который начинался и заканчивался акромияльными отростками и проходил по нижнему краю ключицы. После пересечения грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа общая, наружная и внутренняя сонные артерии выделялись от окружающих мягких тканей, фасциальных оболочек и окрашивались раствором метиленового синего.

В качестве ориентиров для изучения использовались костно-хрящевые образования: щитовидный хрящ.

Правую общую сонную артерию делили на 3 участка [1]:

1. От грудино-ключичного сочленения до пересечения с лопаточно-подъязычной мышцей;
2. Между лопаточно-подъязычной мышцей и бифуркацией сонной артерии;
3. Собственно область бифуркации.

В соответствии с этим делением, изучалось пространственное расположение каждого участка артерии, длина и диаметр, взаимное расположение сосудов, уровень отхождения ветвей наружной сонной артерии.

На следующем этапе исследования изучалась вариантная анатомия общей, наружной и внутренней сонных артерий и их ветвей в зависимости от формы головы.

В таблице 1 отображены показатели длины каждого участка общей сонной артерии.

Таблица 1

Длина участков общей сонной артерии в зависимости от формы головы.

	1 участок (см)	2 участок (см)	3 участок (см)
Долихоцефалическая форма	$4,3 \pm 0,2$	$4,4 \pm 0,1$	$1,2 \pm 0,1$
Мезоцефалическая форма	$3,9 \pm 0,4$	$4,0 \pm 0,3$	$1,0 \pm 0,2$
Брахицефалическая форма	$3,5 \pm 0,1$	$3,7 \pm 0,2$	$0,8 \pm 0,1$

Так, у лиц с долихоцефалической формой головы первый участок был равен $4,3 \pm 0,2$ см, второй - $4,4 \pm 0,1$ см, третий участок - $1,2 \pm 0,1$ см. У лиц с мезоцефалической формой - $3,9 \pm 0,4$ см, $4,0 \pm 0,3$ см, $1,0 \pm 0,2$ см соответственно. Лица с брахицефалической формой на первом участке имели результат $3,5 \pm 0,1$ см, на втором - $3,7 \pm 0,2$ см, на третьем - $0,8 \pm 0,1$ см.

Из полученных данных следует, что участки с наибольшей длиной имеют лица с долихоцефалической формой головы, с наименьшей длиной – лица с брахицефалической формой головы. Лица с мезоцефалической формой головы занимают промежуточное место между двумя вышеуказанными.

В таблице 2 представлены показатели диаметров общей сонной артерии в разных участках.

Таблица 2

Диаметр общей сонной артерии в зависимости от формы головы.

	1 участок (см)	2 участок (см)	3 участок (см)
Долихоцефалическая форма	$0,6 \pm 0,1$	$0,6 \pm 0,2$	$1,0 \pm 0,1$
Мезоцефалическая форма	$1,0 \pm 0,3$	$1,1 \pm 0,3$	$1,3 \pm 0,2$
Брахицефалическая форма	$1,2 \pm 0,1$	$1,2 \pm 0,1$	$1,5 \pm 0,2$

У лиц с долихоцефалической формой головы диаметр первого участка составил $0,6 \pm 0,1$ см, второго – $0,6 \pm 0,2$ см, третьего – $1,0 \pm 0,1$ см. У лиц с мезоцефалической формой головы диаметры участков были равны $1,0 \pm 0,3$ см, $1,1 \pm 0,3$ см, $1,3 \pm 0,2$ см соответственно. У лиц с брахицефалической формой головы диаметр первого участка составил $1,2 \pm 0,1$ см, второго - $1,2 \pm 0,1$ см, третьего – $1,5 \pm 0,2$ см.

Установлено, что участки с наименьшим диаметром имеют лица с долихоцефалической формой головы, с наибольшим диаметром участки общей сонной артерии имеют лица с брахицефалической формой головы. Лица с мезоцефалической формой головы занимают промежуточное место.

Далее мы исследовали варианты бифуркации сонной артерии в зависимости от формы головы. У трупов с мезоцефалической формой головы бифуркация находилась на уровне верхнего края щитовидного хряща (50%) и на 0,2 см выше верхнего края щитовидного хряща (50%).

У трупа с долихоцефалической формой головы бифуркация располагалась на уровне верхнего края щитовидного хряща (33,4%) и на 0,5 см выше уровня верхнего края щитовидного хряща (66,6%).

У лиц с брахицефалической формой головы бифуркация общей сонной артерии располагалась на уровне верхнего края щитовидного хряща (100%).

Были выявлены варианты отхождения ветвей наружной сонной артерии у трупов с разными формами головы. У лиц долихоцефалической формы верхняя щитовидная артерия отходила на 0,7 см выше от участка бифуркации общей сонной артерии (100%).

У лиц с мезоцефалической формой головы верхняя щитовидная артерия отходила на 0,2 см выше верхнего края участка бифуркации (66,6%) и на границе между основанием наружной сонной артерии (16,6%). В 16,6% отхождение ветви располагалось на 2,0 см выше верхнего края бифуркации.

С брахицефалической формой головы верхняя щитовидная артерия в 100% располагалась на уровне верхнего края участка бифуркации.

Таким образом, у лиц с долихоцефалической формой верхняя щитовидная артерию, чаще отходит выше области бифуркации, а у лиц с брахицефалической формой – в области бифуркации. У мезоцефалов отхождение щитовидной артерии находилось как в области бифуркации, так и выше ее уровня.

Язычная артерия у лиц с долихоцефалической формой головы брала свое начало на 1,2 см выше верхнего края участка бифуркации (100%), у лиц с мезоцефалической – в одном случае на 0,7 см выше верхнего края участка бифуркации (66,6%), во втором - на 2,3 см выше (16,6%). Был случай, когда язычная ветвь отходила на 0,2 см выше края участка бифуркации.

Язычная артерия у лиц с брахицефалической формой головы имела общий ствол с лицевой артерией и отходящий на 0,5 см выше участка бифуркации (100%).

Лицевая артерия у лиц с долихоцефалической формой головы брала свое начало на 1,7 см выше верхнего края участка бифуркации (100%), у четырех лиц с мезоцефалической – на 1,0 см выше верхнего края участка бифуркации (66,6%). У одного трупа с мезоцефалической формой головы начало лицевой ветви находилось на 2,5 см выше края бифуркации (16,6%), у одного трупа - на 0,6 см выше края участка бифуркации (16,6%). У лиц имеющих брахицефалическую форму головы лицевая артерия брала свое начало на 1,2 см выше края участка бифуркации.

Затылочная артерия в 8 случаях (72,7%) отходила на том же уровне, что и лицевая, однако у двух лиц с мезоцефалической формой головы затылочная артерия брала свое начало несколько выше и составила 0,9 см от края области бифуркации (18,18%). У одного трупа с брахицефалической формой головы отходила ниже и составила 0,5 см (18,18%).

Таким образом, проведенное исследование выявило вариабельность артериального русла области шеи в зависимости от формы головы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Короткевич Н.С. Хирургическая анатомия шеи. – Ленинград, 1968. – С. 10
2. Шевкуненко В.Н. Курс оперативной хирургии. – Москва, 1938. – Т. 1. – С. 420

УДК:577.9:616.33/34

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕЛАКСЕНА В ЛЕЧЕНИИ ДЕСИНХРОНОЗА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖКТ У ПОДРОСТКОВ

Кантеева Л., Бугулова О., Карсанов С.

*Северо-Осетинская государственная медицинская академия
Кафедра патофизиологии*

Научные руководители: д.м.н., проф. Хетагурова Л. Г., асс. Мерденова Л. А.

Одним из условий существования живых систем является свойственная живой материи ритмичность. Любое биологическое явление, любая физиологическая реакция имеет периодическую природу, и все функциональные системы, как и организм в целом, являются ритмическими системами. Рассогласование ритмов физиологических систем организма сопровождается фактически все патологические процессы, являясь одной из причин выраженной или скрытой патологии в организме, ее патогенетической основой и эндогенным механизмом развития нарушений в работе биосистемы – десинхронозов. [4-6]. Метаболические процессы, имеющие временные закономерности, лежат в основе многих заболеваний детского возраста. Кроме того, доказано, что состояние ребенка ассоциируется с адекватной околосуточной биоритмологической деятельностью и, что заболевание начинается именно с нарушения околосуточной биоритмологической деятельности и процесс саногенеза завершается лишь тогда, когда восстанавливаются нормальные ритмы функционирования организма. В настоящее время отмечен рост патологии органов верхних отделов пищеварительного тракта среди детского населения. В структуре хронической патологии органов пищеварительного тракта преобладает, главным образом, патология гастродуоденальной зоны. На сегодняшний день ни у кого не вызывает сомнения роль инфекционного агента – микроорганизма *Helicobacter pylori* в патогенезе заболеваний органов пищеварения. Наряду с этим доказано, что развитию заболевания предшествует нарушение временной организации физиологических систем организма в виде патологического десинхроноза, и о выздоровлении можно говорить лишь тогда, когда восстанавливаются биологические ритмы организма. Многими исследователями активно ведется поиск оптимальной терапии, направленной на уничтожение – эрадикацию микроорганизма, снижение частоты обострений патологического процесса. В последнее время большое внимание уделяется изучению роли и механизмов действия гормона pineальной железы (эпифиза)- мелатонина (МТ). Среди гормонов, синтезируемых клетками APUD-системы, особое место занимает мелатонин (М), обладающий целым спектром жизненноважных эффектов: регуляция циркадианных ритмов, моторики желудочно-кишечного тракта. Мелатонин работает как антиоксидант, иммуномодулятор, положительно влияющий на микроциркуляцию, агрегацию тромбоцитов, пролиферативные процессы, цитопротекцию и т.д. [1-3,7-12]. Совершенно очевидно, что количество и ритм его выделения в кишечник нарушаются при патологии желудочно-кишечного тракта.

Цель исследования - изучение эффективности использования препарата мелатонина («Мелаксен») в комплексной терапии подростков с хронической гастродуоденальной патологией, ассоциированной с *Helicobacter pylori* (Hр).

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением находилось 45 подростков от 15 до 18 лет, страдающих хронической гастродуоденальной патологией ассоциированной с хелико-бактерной инфекцией. Из них 5 человек с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДП), 20 человек с гастритом и 20 человек с гастродуоденитом. Все дети предъявляли жалобы на боли в животе и диспепсические расстройства (тошноту, рвоту, отрыжку кислым). Контрольную группу составили -20 человек, подростки того же возраста, не предъявляющие жалобы со стороны ЖКТ. Хроническая гастродуоденальная патология была диагностирована на основании клинико – анамнестического исследования, результатов фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС), оценки кислотообразующей функции желудка путем проведения интрагастральной рН- метрии, диагностики инфекции Hр с применением быстрого уреазного HELPIL- и неинвазивного NH3- тестов, проводимыми врачами стационара. Кроме того, всем детям нами была проведена оценка состояния временной организации физиологических функций и определение хронотипа по анкете Эстберга, и по тесту САН.

При изучении временной организации физиологических функций помимо общеклинического исследования, проведена хронодиагностика параметров физиологических функций (САД п/л, ДАД п/л, t° п/л, ЧСС, ИМ) через каждые 4 часа с перерывом на ночной сон в течение 3-х суток с последующей обработкой полученных результатов на ЭВМ по программе «Косинор-анализ» поиска ритмов с неизвестным периодом. Согласно анкете Эстберга 28 детей (62,8%) представляли собой слабо выраженный утренний хронотип, 17 (38,2%) – индифферентный.

Результаты исследования: При гистоморфологическом исследовании у всех детей выявлено хроническое воспаление с признаками активности. При исследовании состояния биоритмов физиологических функций у больных детей установлено нарушение временной организации физиологических систем в форме патологического десинхроноза: на фоне резкого увеличения доли недостоверных ритмов на 23% выявлено снижение числа достоверных циркадианных ритмов до 38%, повышение числа ультра- и инфрадианных частот (28% и 34% соответственно); асинфазность сопряженных ритмов сердечно-сосудистой системы и t_0 , снижение мезора и амплитуды ритма температуры на фоне укорочения длительности «индивидуальной минуты» на 15-17сек. У здоровых детей в контрольной группе доля циркадианных ритмов составила 72%, ультрадианные частоты преобладают над инфрадианными (18% и 10% соответственно) (табл. 1), в то время как у больных детей доля инфрадианных ритмов возросла более чем втрое (34%).

Таблица 1

Сравнительное распределение по спектру периодичности достоверных ритмов у больных детей до лечения и здоровых

кол-во анализируемых синусоид	Достоверные ритмы % %				недостоверные % %
	Всего	ультра-	цирка-	инфра-	
I группа n=160 (контр.)	67,5	18	72	10	32,5
II группа n=350	44,7	28	38	34	55,3

Всех больных, находившихся под наблюдением, разделили на 2 группы:

I группа - 20 человек получили курс эрадикационной терапии (омепразол+ амоксициллин+кларитромицин/нифуразел) в стандартных возрастных дозировках, прокинетики (мотилиум), терапию, которая направлена на: 1)устранение избыточного бактериального обсеменения тонкой кишки; 2)восстановление нормальной микрофлоры толстой кишки – пробиотики; 3)улучшение кишечного пищеварения и всасывания – пребиотики, энтеросорбенты; 4)восстановление нарушенной моторики кишечника – ферменты и правильная диета; 5)стимулирование реактивности организма – витамины и иммуностимуляторы.

II группа – 25 человек, получили курс сочетанной хронотерапии: общепринятое лечение и 2-х недельный курс терапии «Мелаксен» в суточной дозировке 1,5 мг. Препарат назначали 1 раз в сутки с учетом хронотипа пациентов.

Согласно данным ФЭГДС хроническая гастродуоденальная патология была представлена хроническими гастритами, гастродуоденитами, в том числе эрозивными, а также язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Во всех случаях патология гастродуоденальной зоны была ассоциирована с Нр.

Хронокоррекцию выявленных нарушений здоровья провели с учётом хронотипа пациентов на фоне общепринятого медикаментозного лечения. Учитывая способность эндогенной микрофлоры подстраиваться под ритмы макроорганизма, дети слабо выраженного утреннего хронотипа получали препараты в первую половину дня (до 12.00). 2/3 суточной дозы антибиотиков назначали в утренние часы, а 1/3 соответственно в дневные. Дети индифферентного хронотипа получали препараты преимущественно во вторую половину дня (в период активности парасимпатического отдела нервной системы - после 15.00), а основную долю препаратов (2/3 от суточной) назначали в дневные часы, в то время как 1/3 суточной дозы препаратов дети получали в утренние часы.

Сопоставив данные хрономедицинского обследования детей с хронической гастродуоденальной патологией после проведенного лечения, мы выявили чёткие признаки восстановления временной организации основных параметров физиологических функций. На фоне существенного возрастания достоверных ритмов до 61,3% в их спектре у больных после сочетанной хронотерапии (СХТ) увеличилась доля циркадианных частот с 38% до 52%, нормализовались доли ультра- и инфрадианных ритмов (с 28% до 20% и с 34% до 18% соответственно (табл.2), на 10 дней раньше восстановился ритм опорожнения кишечника, чем у больных, получивших ОПТ.

Таблица 2

Распределение по спектру периодичности достоверных ритмов у больных до и через неделю после ОПТ и хронотерапии

Кол-во анализируемых синусоид	Достоверные ритмы % %									Недостоверные %%	
	Всего										
			ультра-		цирка-		инфра-				
			дианные								
до	после	до	после	до	после	до	после	до	после		
I группа ОПТ n=160	48,8	57,2	25,9	20,8	40	44,7	34,1	34,5	51,2	42,8	
II группа СХТ n = 200	44,7	61,3	28	20	38	52	34	18	55,3	38,7	

Примечание: ОПТ-общепринятая терапия (назначение медикаментов 2-3 раза в день)
СХТ- сочетанная хронотерапия+мелаксен

Эффективность терапии оценивали по динамике клинической картины заболевания: по срокам купирования болевого, диспепсического синдромов, исчезновения локальной пальпаторной болезненности. При проведении контрольной ФЭГДС у всех подростков отмечена полная эпителизация эрозивных и язвенных дефектов, уменьшение площади воспалительного процесса, значительно увеличилась доля детей со слабой степенью выраженности гастрита. Более выраженная положительная динамика отмечена у детей 2 обследуемой группы и при контрольном хрономедицинском обследовании выявлено, что доля достоверных ритмов приблизилась к данным здоровых детей, восстановился спектр периодичностей, зона блуждания акрофаз составила 3 часа.

В ходе наблюдения установлено, что у детей, находящихся на сочетанной хронотерапии в более ранние сроки (на 3-5 дней) по сравнению с детьми, находящимися на общепринятой терапии купировались боли, исчезли диспепсические явления, улучшилось качество сна, повысилось настроение, на 9-10 дней восстановился ритм освобождения кишечника в соответствии с хронотипом. Длительность клинической ремиссии у детей 1 группы составила в среднем 10 месяцев, в то время как во второй группе, с мелаксеном – 18 мес.

Выводы:

1. Система временной организации физиологических функций у детей с хронической гастродуоденальной патологией находится в состоянии патологического десинхронизма, препятствующего успешной хроноадаптации.

2. Хронотерапия с мелаксеном патогенетически обоснована, заметно улучшает результаты лечения, что позволяет рекомендовать ее к широкому использованию в педиатрической практике при лечении детей с хронической гастродуоденальной патологией.

Таким образом, хронотерапевтическое применение мелаксена (мелатонина), успешно снимает патологический десинхронизм, обеспечивает более качественную реадaptацию, сокращает сроки купирования болевого и диспепсического синдромов, заметно улучшает процессы пищеварения и обмена веществ слизистой оболочки ЖКТ, увеличивает сроки клинической ремиссии и, тем самым, улучшает результаты лечения заболеваний гастродуоденальной системы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анисимов В.Н., Арутюнов А.В., Хависон В.Х. Антиоксидантная роль эпиталамина и мелатонина // Геронтологические аспекты пептидной регуляции функций организма. - СПб.: Наука, 1996. - С.15.
2. Анисимов В.Н., Кветной И.М., Комаров Ф., И. и др. Мелатонин в физиологии и патологии желудочно-кишечного тракта. М.: Советский спорт, 2000. С.184.
3. Осадчук М.А., Киричук В.Ф., Кветной И.М. Диффузная нейроэндокринная система: общепатологические и гастроэнтерологические аспекты // Саратов: Изд-во Саратовского университета, 1996. - 128 с.
4. Хронопатофизиология доклинических нарушений здоровья. /Под ред. Л.Г. Хетагуровой, К.Д. Салбиева. - Владикавказ: Проект-пресс, 2000. - 176 с.
5. Хетагурова Л.Г. Патологический десинхронизм – форма дизрегуляторной патологии. // Тез. докл. III Росс. конгресса по патофизиологии «Дизрегуляторная патология органов и систем (экспериментальная и клиническая патофизиология)». - М., 2004. - С.174.
6. Хронопатология. Экспериментальные и клинические аспекты. /Под ред. Л.Г.Хетагуровой, К.Д. Салбиева. - М.: Наука, 2004. - 355 с.
7. Andrew A. The APUD concept; where has it led us? // Brit.Med.Bull. – 1982. - Vol.38. – P.221-225.
8. Arendt J. Melatonin: Characteristics, concerns, and prospects // J.Biol.Rhythms.2005. Vol.20. N 4. P.291-303.
9. Castrillon P.O., Esquifino A.I., Varas A. Effect of melatonin treatment on 24-h variations in responses to mitogens and lymphocyte subset populations in rat submaxillary lymph nodes // J/Neuroendocrinol. 2000. Vol.12. N 8. P.758-765.
10. Feyrter F. Uber diffuse endokrine epitheliale Organ.- Leipzig: J.A. Barth, - 1938.-153 s.

УДК 616.61-006.31-089

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРОСТЫХ И НАГНОИВШИХСЯ КИСТ ПОЧЕК

Капсаргина Л. Ф.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра урологии, андрологии и сексологии ИПО

Научный руководитель: к.м.н., доц. Капсаргин Ф. П.

Актуальность. Кистозные anomalies почек - одна из наиболее распространенных форм поражения почечной структуры, характеризующаяся наличием одной или нескольких изолированных полостей, наполненных различного рода содержимым [2]. Частота встречаемости пациентов с кистами почек среди больных урологического профиля составляет 1-3% [3].

На сегодняшний день нет единого подхода в лечении кист почек. Существует несколько видов оперативных вмешательств при кистах почек: открытое иссечение кисты, чрескожная пункционная аспирация содержимого. Широкое распространение получили методы лапароскопического и ретроперитонеоскопического иссечения кист почек с использованием лапароскопической техники проведения операций, баллонной дилатации и инфуляции газа в забрюшинное пространство [5]

Современная тенденция лечения заключается в использовании малотравматичных инвазивных вмешательств, позволяющих значительно сократить пребывания больных в стационаре.

Цель исследования. Оценить эффективность различных методов оперативной помощи больным, страдающим кистами почек.

Задачей исследования является выявление оптимального метода лечения простых и нагноившихся кист почек.

Материалы и методы. В урологическом отделении Дорожной больницы на ст. Красноярск за 2006 год проведено оперативное лечение 29 человек в возрасте от 22 до 73 лет, страдающих кистами почек.

Использовали следующие методы оперативного лечения:

1. Перкутанная пункция с последующим склерозированием (введение 70% спирта в полость кисты в объеме 50% от количества содержимого) [1,4,6] применена у 7 (24%) пациентов с кистами размером до 3-4 см. Необходимость оперативного вмешательства у этих больных обусловлена их локализацией и клиническими проявлениями: паранеопластические кисты, а также кисты, осложненные нефрогенной гипертензией.

2. Перкутанная пункция с дренированием кист и последующей склеротерапией использована у 14 (48%) человек с диаметром кист 5-10 см. Из них 4 случая дренирования, санации полости нагноившейся кисты. Все операции выполнялись под УЗИ и рентген-контролем.

3. В двух случаях (7%) оперативное вмешательство произведено с помощью лапароскопии, так как кисты располагались по передней поверхности почки.

4. У 6 (21%) пациентов с размерами кист более 10 см использован мини-доступ. Особенностью этой операции является разрез кожи в XI межреберье длиной не более 3-5 см с межмышечным доступом в забрюшинное пространство.

Результаты. При применении перкутанной пункции кист с последующим склерозированием средний койко-день составил - 2,1. У лиц, которым проводилось дренирование кист или лапароскопическое иссечение, средний койко-день составил - 5,6. При использовании мини-доступа пациенты находились в стационаре в течение 7 дней. Интраоперационных осложнений не было. Послеоперационные осложнения развились у двух пациентов (7%). Ведение больных с нагноившимися кистами после операции, отличалось проведением антибактериальной терапии и орошением полости кисты антисептиками.

В одном случае после перкутанной пункции и дренирования кисты сформировалась гематома почки. Лечение осложнения заключалось в минилумботомии, эвакуации гематомы и дренировании забрюшинного пространства. Больной был выписан на 14 суток с выздоровлением.

Во втором случае после перкутанной пункции кисты в первые сутки после операции наблюдалась макрогематурия, которую удалось купировать консервативной гемостатической терапией.

Выводы. Следует согласиться с мнением многих авторов, не может быть единого подхода и метода лечения кист почек. Однако мы считаем, что в современной хирургии при лечении кист почек нет необходимости обязательно выполнять иссечение кист открытым люмботомическим доступом, который довольно травматичен для пациента и экономически не выгоден.

Операцией выбора (в том числе, нагноении полости кисты) можно считать перкутанную пункцию и дренирование кист с последующей склеротерапией. При гигантских или рецидивных кистах почек следует отдавать предпочтение иссечению кист из мини-доступа, или с помощью лапароскопии. Использование этих методов значительно снижает вероятность рецидивов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Игнашин Н.С. Мартов А.Г. Диапневтика в урологии. – Москва, 1993.
2. Лопаткин Н.А. Руководство по урологии. – Москва, 1998. – том 2. – С. 218-232.
3. Трапезникова М.Ф. Диагностика и лечение простых кист почек. – Москва, 1997. – С. 8-12
4. Нечипоренко Н.А., Нечипоренко А.Н., Рязанцев И.В. Оценка эффективности методов лечения простой кисты почки // Урол. и нефрол. – Москва, 2000. - №6. - С. 9-12
5. Gaur D.D. Retroperitoneal surgery of the kidney, ureter and adrenal gland // Endosc. Surg. – 1995. – №3(1) – С. 3-8
6. Hanna R.M., Dahniya M.N. Aspiration and sclerosing therapy of symptomatic simple renal cysts: meaning of two injections of a sclerosing agent. Am. // J. Roentgenol. - 1996. №167 (3) – С.781-783

УДК 616.248-002.2-02-092

МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ СТЕРОИДРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Каптюк Л. И., Язуина Н. А., Чубарова С. В., Крапошина А. Ю.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра внутренних болезней № 2

Кафедра биохимии с курсами медицинской, фармакологической и токсикологической химии

Научные руководители: д.м.н., проф. Демко И. В., д.м.н., проф. Салмина А. Б.

Бронхиальная астма (БА) является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний, представляющим серьезную проблему, как для детей, так и для взрослых. Во всем мире ежегодно от бронхиальной астмы умирают 180 тысяч человек [1].

Важную роль в терапии БА играют глюкокортикостероиды (ГКС). Эффективность этих препаратов в лечении БА с позиции доказательной медицины подтверждена с высокой степенью достоверности. Несмотря на мощное противовоспалительное действие ГКС, реакция на это лечение у пациентов значительно отличается. По терапевтическому ответу на ГКС пациенты БА делятся на стероидочувствительных, стероидозависимых и стероидрезистентных [2]. Мы полагаем, что в реализации феномена стероидрезистентности играет роль Р-гликопротеин (Рgp), являющийся мембранным АТФ-зависимым переносчиком.

Основополагающим патогенетическим механизмом при БА является гиперреактивность дыхательных путей, развитие которой обуславливает CD38/АДФ-рибозилциклаза.

Не изученным, но интересным и важным аспектом феномена стероидрезистентности является дисрегуляция взаимосвязи между активностью CD38-зависимых механизмов функционирования гладкомышечных клеток и Рgp-зависимых механизмов транспорта глюкокортикостероидов через мембрану эпителиальных клеток. Оценка такого рода взаимосвязи позволит разработать новую концепцию преодоления стероидрезистентности при БА.

Цель исследования: выявить молекулярные механизмы формирования стероидрезистентности при бронхиальной астме.

Задачи исследования:

- изучить особенности экспрессии и проявления активности CD38/АДФ-рибозилциклазы в гладкомышечных клетках бронхов и в лимфоцитах периферической крови в экспериментальной модели бронхиальной астмы и у больных бронхиальной астмой с различной степенью стероидрезистентности;
- изучить особенности экспрессии и проявления активности Рgp в эпителиальных клетках и в лимфоцитах периферической крови в экспериментальной модели бронхиальной астмы и у больных бронхиальной астмой с различной степенью стероидрезистентности;
- оценить эффекты ГКС на экспрессию и активность CD38 и Рgp в клетках бронхиального дерева и в лимфоцитах периферической крови в экспериментальной модели бронхиальной астмы и у больных бронхиальной астмой с различной степенью стероидрезистентности;

- обосновать новые подходы к управлению стероидочувствительностью за счет направленной модуляции активности и экспрессии CD38 и Pgr в клетках бронхиального дерева при бронхиальной астме.

Материалы и методы. Пациенты с бронхиальной астмой (БА), обоего пола, находящиеся на стационарном лечении в легочно-аллергологическом центре ККБ. Диагноз БА установлен согласно критериям GINA 2002, 2006 с клиническими фенотипами тяжелой астмы: терапевтически резистентной БА (ТРБА), фатальной БА (ФБА), нестабильной БА (НБА) и стероидозависимой БА (СЗБА).

Оценка молекулярных механизмов определения чувствительности к базисным препаратам ((ГКС) с помощью методов:

1. иммуногистохимия (оценка экспрессии и особенности субклеточной локализации CD38, Pgr);
2. иммуноблоттинг (количественный анализ экспрессии CD38, Pgr);
3. иммуноферментный анализ (определение в плазме периферической крови ИЛ-4, ИЛ-10, ФНО, интерферона);
4. спектрофлуориметрия (оценка АДФ-рибозилциклазной активности CD38, Rh123-эффлюксной активности Pgr);
5. гистологическое исследование (оценка признаков ремоделирования бронхиального дерева);
6. фармакологическая модуляция экспрессии и активности CD38 и Pgr in vitro и in vivo.

Экспериментальная модель выполняется на чистых линиях беспородных белых мышей мужского пола.

Статистическая обработка результатов проводится с помощью прикладных программ Statistica for Windows, Release 6.0, "StatSoft Inc.". Для оценки различий показателей по сравнению с исходными данными были использованы t - критерий Student и непараметрический тест Wilcoxon (при ненормальном распределении). Достоверность качественных различий вычислялась с помощью Fisher's exact test. Различия считались статистически достоверными при $p < 0,05$.

Научная новизна. Впервые будет дана оценка активности АДФ-рибозилциклазы в лимфоцитах периферической крови при действии стероидов и модуляторов активности Pgr; оценка активности Pgr при действии стероидов и модуляторов экспрессии CD38; оценка экспрессии молекул в образцах бронхиального дерева (браш-биопсия); оценка зависимости клинических особенностей течения, цитокинового спектра плазмы крови и эффективности ГКС-терапии от характера экспрессии и активности CD38 и Pgr на лимфоцитах периферической крови).

Выполнена экспериментальная модель бронхиальной астмы у мышей для изучения характера сопряжения CD38 и Pgr-зависимых механизмов гиперреактивности и стероидочувствительности бронхов (гистологический анализ для подтверждения ремоделирования бронхиального дерева, ассоциированного с развитием бронхиальной астмы; впервые будет дана оценка экспрессии CD38, Pgr в гладкомышечных и эпителиальных клетках, соответственно, оценка активности АДФ-рибозилциклазы в гладкомышечных клетках при действии стероидов (дексаметазон, кортикостерон) и модуляторов активности Pgr; оценка активности Pgr при действии модуляторов экспрессии CD38 (ретиноевая кислота, интерферон).

Результаты исследования. Исследуемую группу составили 90 пациентов бронхиальной астмой (БА), находившиеся на лечении в краевом легочно-аллергологическом центре ККБ, из них 36% были мужчины и 64% - женщины. Средний возраст пациентов составил - $48,52 \pm 8,64$ года (от 19 до 75 лет), а средняя продолжительность заболевания - $8,53 \pm 6,72$ года (от 2 до 50 лет). Все пациенты имели обострение БА, диагноз был установлен/подтвержден согласно критериям GINA 2002, 2006гг. Помимо общеклинических исследований, оценивали функцию вентилизации с помощью спирометрии и пикфлоуметрии, уровень общего IgE. Было выявлено, что больные тяжелой БА (ТБА), весьма гетерогенны по клиническому течению заболевания. Имеются патогенетические особенности в формировании бронхиальной обструкции и степени выраженности гиперреактивности в зависимости от фенотипа ТБА. Наиболее тяжелое и неконтролируемое течение выявлено у пациентов с аспириновой БА, в сочетании с сенсibilизацией к бытовым, эпидермальным и растительным аллергенам, а также у стероидозависимых больных. Вопрос о терапевтически резистентной астме остается дискуссионным, поскольку выявлено достаточно много факторов, влияющих на неконтролируемое течение астмы в исследуемых группах. Это, прежде всего наличие курения как активного, так и пассивного, хронических сопутствующих заболеваний, которые при обострении также вызывают ухудшение течения астмы. Объем и качество базисной терапии не всегда соответствовали степени тяжести БА и рекомендациям GINA: недостаточна была суточная доза по ИГКС во всех группах, а комбинация с ТФ у 85% пациентов, не позволяла контролировать симптомы.

Изучение экспрессии Pgr на лимфоцитах периферической крови у пациентов различных клинических фенотипов тяжелой БА, получавших в период обострения астмы одинаковую интенсивную терапию СГКС, выявило различие в ответе на это лечение. Как оказалось, все пациенты были чувствительны к ГКС, но время наступления терапевтического эффекта и количество Pgr+ - клеток в исследуемых группах достоверно отличались. Так, у пациентов с аспириновой и СЗБА потребовалось более продолжительное назначение ГКС для купирования обострения. Количество Pgr+ - клеток на одного больного также достоверно оказалось выше и составило $6,8 \pm 0,1$ в группе ФБА и $7,2 \pm 0,2$ у пациентов с СЗБА, в сравнении с больными ТРБА и НБА - $3,2 \pm 0,2$ и $3,5 \pm 0,1$ соответственно. Отдельные пациенты, у которых в нашем исследовании зафиксированы наибольшие значения экспрессии Pgr - 16, 15 и 14 клеток - относились к группе ФБА, имели высокий уровень бытовой и эпидермальной сенсibilизации, поливалентную лекарственную аллергию, были наиболее тяжелыми при поступлении, но выписались с явной положительной клинической динамикой. Вероятно, увеличение экспрессии Р-гликопротеина у таких пациентов отражает особенности реализации механизма экстрюзии гидрофобных молекул и, в том числе, глюкокортикостероидов, из клеток.

Проведенное нами исследование показало несомненную значимость детекции уровня экспрессии Р-гликопротеина в прогнозировании и определении уровня чувствительности пациентов БА к терапии ГКС. Терапевтическая резистентность пациентов БА требует детального изучения и при устранении факторов риска, возможно у части больных добиться контролируемого течения астмы. Определение экспрессии Pgr на лимфоцитах периферической крови поможет оптимизировать объем и продолжительность интенсивной противовоспалительной терапии и прогнозировать дозы базисных препаратов.

Планируемые в конце 2009 года научные результаты:

- новые фундаментальные данные об особенностях экспрессии и активности CD38, Pgr в клетках бронхиального дерева в норме и при развитии бронхиальной астмы в эксперименте;
- новые фундаментальные знания об участии CD38 и Pgr в реализации феномена гиперреактивности и стероидочувствительности при развитии бронхиальной астмы в эксперименте;

- новые фундаментальные данные об эффектах модуляторов экспрессии/активности CD38 и Pgr на развитие гиперреактивности и стероидочувствительности при бронхиальной астме в эксперименте;
- новые экспериментально-клинические данные об особенностях экспрессии и активности CD38 и Pgr на лимфоцитах периферической крови людей с разными вариантами течения бронхиальной астмы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы / Под ред. Чучалина А.Г. – М.: Издательский дом «Атмосфера», 2007. – 104 с.
2. Демко И.В., Салмина А.Б., Моргунов А.В., Малиновская Н.А. Экспрессия Р-гликопротеина на лимфоцитах периферической крови при тяжелых формах бронхиальной астмы и его роль в определении чувствительности к терапии глюкокортикостероидами. // Пульмонология: научно-практический журнал, 2007, № 3, с. 41 – 46

УДК 577.8:616-003.96-053.5:159.9

АНАЛИЗ ПОЛОВОГО ДИМОРФИЗМА ПО ПРИЗНАКАМ ТИПОВОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ И СТЕПЕНИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТИРОВАННОСТИ У ШКОЛЬНИКОВ

Карачасев К. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра биологии с экологией и курсом фармакогнозии*

Научный руководитель: к.б.н., доц. Чиненков В. А.

В последние годы в общей биологии создана и активно развивается эволюционная теория пола (2). В ней с принципиально новых позиций рассматривается происхождение пола в живой природе, а также полового диморфизма – различия особей мужского и женского пола по любым, в том числе психологическим, признакам (3).

Представляется актуальным применить новую методологию теории пола для анализа психологического состояния личности (по уровню общей неудовлетворенности, нервно-психического напряжения и тревожности), а также проанализировать возможные различия в степени и способах психологической адаптации юношей и девушек. Уровень социально-психологической адаптации тесно связан с психологическими характеристиками (5, с.206).

Психологическое состояние отражает не только конституциональную основу личности (6), но также и возможную стрессовую реакцию на социальное неблагополучие в окружающей среде, вызывающее различные типы антропоэкологического напряжения (термин ввел акад. Казначеев В.П.), в том числе и социально-психологическое напряжение. На уровне индивидуума оно проявляется в виде стрессовой реакции. Запредельное или длительное стрессовое состояние (дисстресс) приводит к развитию функциональных, а затем органических заболеваний, в том числе – психосоматической природы (11). В результате формируется так называемое «отклоняющееся поведение» (5), которое необходимо диагностировать и корректировать уже в детском возрасте (9). В противном случае происходит социальная дезадаптация подростков (4).

Психологи всегда отмечали различие между мужчинами и женщинами по многим признакам – психологический половой диморфизм. Установлено, что женщинам больше, чем мужчинам, свойственно “частное я” (терминология по 10, с. 193-194). Девушки-подростки больше используют психоаналитические защиты эго, классифицирующиеся как “интернализация” (восстание против “я”), тогда как юноши больше прибегают к защитам “экстернализации” – проекция и “агрессия, направленная вовне”. Теоретики социально-ролевого толка объясняют появление половых различий как результат социальных ожиданий (1). От мужчин и женщин ждут того, что они будут вести себя в соответствии с их культурно определенными гендерными (половыми) ролями.

Наблюдаемые в биологии и психологии факты полового диморфизма трактовались с разных позиций. При этом выводы зачастую были противоречивыми и прямо противоположными.

Эволюционная теория пола вскрывает глубинную биологическую сущность, значение пола и снимает противоречия. Проблема пола в ней решается на базе кибернетического подхода к биологическим объектам, популяциям, как самоуправляемым системам. Любая самоуправляемая система включает две подсистемы: консервативную, обеспечивающую устойчивость (функция «стабилизатора») и оперативную, реагирующую на изменения в окружающей среде (функция «руля»). Оптимальное сочетание и взаимодействие этих двух функций делают систему устойчивой.

Согласно исходной и главной идее, лежащей в основе теории, дифференциация полов обеспечивает оптимальную форму информационного контакта биосистемы со средой путем функциональной специализации по двум главным направлениям эволюции – консервативному и оперативному. Консервативную функцию обеспечивает женский пол, а оперативную (приспособление к среде) выполняет мужской пол. Эта функциональная специализация полов и порождает половой диморфизм, поскольку различия в функциях мужского и женского пола требуют от них различных качеств.

Особям мужского пола для выполнения оперативной функции необходимо иметь: 1) большее разнообразие (дисперсию) признаков; 2) малые приспособительные возможности (более узкую норму реакции), облегчающие отбор; 3) выше агрессивность, активность, рискованность, поисковость в поведении.

Особь женского пола для реализации консервативной, сохраняющей функции, согласно теории, должны обладать противоположными качествами.

На этой основе получает новую трактовку и психологический половой диморфизм. Отбор в зонах дискомфорта у мужского и женского пола идет в разных направлениях. Представители женского пола лучше “маневрируют” благодаря широкой норме реакции за счет воспитуемости, обучаемости, конформности, то есть адаптивности индивидуума. У особей мужского пола вследствие узкой нормы реакции такие свойства не развиты. В чрезвычайных ситуациях их может выручить находчивость, сообразительность, изобретательность. Если женщины больше приспосабливаются к среде внутри адаптивной зоны, то мужчины стремятся ликвидировать чрезвычайную ситуацию или выйти из неё с помощью принципиально нового решения, которое порой обостряет противоречия.

В последнее время психологи стали учитывать эволюционную теорию пола при анализе психофизиологических различий мужчины и женщины (6), а также при лечении юношей и девушек (8).

Ранее в рамках работы СНО в нашем вузе были проведены исследования полового диморфизма по признаку стратегии поведения в конфликте в свете теории пола (12).

Цель исследования – проанализировать половой диморфизм по признакам типового психологического состояния и степени социально-психологической адаптированности у школьников. Задачи:

1. Установить наличие или отсутствие полового диморфизма по уровню общей неудовлетворённости, нервно-психическому напряжению и тревожности с помощью объективного оценочного метода.
2. Оценить степень социально психологической адаптированности юношей и девушек

Испытуемыми выступили учащиеся 9-10-х классов средней общеобразовательной школы №143 г. Красноярск в возрасте 15-16 лет. Обследование проводилось путём тестирования. Всего обследовано 35 юношей и 34 девушки на предмет оценки психологического состояния, а также 25 юношей и 23 девушки в отношении степени их социальной адаптированности.

1. Типовое состояние, складывающееся из показателей степени неудовлетворённости (У), нервно-психического напряжения (Н) и тревожности (Т) исследовали по методу Эйдемиллера Э.Г. и Юстицкиса (13, с.552-554). с помощью опросника, включающего наименования 12 чувств. Выраженность того или иного чувства респонденты оценивали в баллах от «0» до «7» Суммирование оценок проводилось по 4-м субшкалам.

2. Для оценки степени социально-психологической адаптированности использована шкала, разработанная К.Роджерсом и Р.Даймоном и адаптированная Т.В.Снегирёвой. (цит. по 5, с. 206-212). Шкала предъявлялась обследуемым лицам в виде списка, включающего 101 суждение. Из них 36 – соответствует критериям социально психологической адаптированности личности, 37 – критериям дезадаптации. Список содержит также 28 нейтральных высказываний, в число которых включены пункты контрольной шкалы («шкала лжи»). Степень соотнесения того или иного высказывания к себе респонденты оценивали по 7-балльной шкале: от 1 (совершенно ко мне не относится) до 7 (точно про меня) Коэффициент социально-психологической адаптированности вычисляли по формуле, приведённой в методике.

Результаты приведены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели типового психологического состояния и социально-психологической адаптированности учеников 9-10 классов средней общеобразовательной школы № 143 г. Красноярск

Составляющие типового состояния (по Э. Эйдемиллеру и В. Юстицкису)						Коэффициент социально-психологической адаптированности (по К. Роджерсу и Р. Даймону в адаптации Т. В. Снегирёвой)	
Тревожность		Нервно-психическое напряжение		Общая неудовлетворённость			
М (n=35)	Д (n=34)	М (n=35)	Д (n=34)	М (n=35)	Д (n=34)	М (n=25)	Д (n=23)
12,94	7,12	14,06	9,88	13,80	7,85	41,6	44,3

Выводы:

1. У юношей, в сравнении с девушками, отмечается превышение показателей, определяющих типовое состояние, в 1,4 (нервно-психическое напряжение) и 1,8 (тревожность и общая неудовлетворённость) раза. При этом уровень их социально-психологической адаптации практически не изменился. Снижение её лишь на 0.1 по сравнению с таковым у девушек, по-видимому, определяет лишь наметившуюся тенденцию.

В свете эволюционной теории пола это может свидетельствовать о неблагоприятной ситуации в окружающей среде, на которую более остро реагируют и с которой не хотят мириться в большей степени юноши, нежели девушки, склонные к пассивным, конформистическим формам приспособления.

2. Ухудшение показателей типового психологического состояния среди юношей не являлось запредельным – непостоянным (дистресс), поскольку не оказало явного психотравмирующего действия (13, с 31,39), а послужило основой для формирования нормального стресса (эустресс), реализовавшегося в форме активных реакции противодействия неблагоприятной ситуации. В результате уровень их социально психологической адаптации практически не пострадал.

3. Полученные результаты не позволяют судить о характере и масштабе неблагоприятия в жизненной среде школьников. Находятся ли в описанной ситуации учащиеся только 9-10-х классов и только общеобразовательной школы №143 г. Красноярск, в которой проводилось обследование, или она закономерна для школьной жизни в целом?

Для ответа на этот вопрос необходимо провести сравнительные исследования, по меньшей мере – в разных школах города, имеющих разную «репутацию» в отношении психофизиологической комфортности пребывания в них учащихся.

Эти вопросы определяют перспективу для дальнейшего исследования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вейнингер О. Пол и характер. Мужчина и женщина в мире страстей и эротике. Пер. с нем. – М.: Форум Х1Х-XX-XX1, 1991. – 192 с.
2. Геодакян В.А. Теория дифференциации полов в проблемах человека. //Человек в системе наук. – М., 1989, с 171-189.
3. Геодакян В.А. Homo sapiens на пути к асимметризации (Теория асинхронной эволюции полушарий и цис-транс трактовка левшества). Антропология на пороге III Тысячелетия. М., 2003. – с. 170-201.
4. Диагностика и коррекция социальной дезадаптации подростков: Пособие для психологов, педагогов, психосоциальных и социальных работников /Под ред. С.А.Беличевой.-М.,1999.
5. Змановская Е.В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения): Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 288с.
6. Ильин Е.П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины. – СПб.: Питер,2007.-544с.
7. Конституциональная психология Шелдона //Холл К.С.,Гарднер Л. Теория личности: Пер. с англ. –М.: ЭКСМО-Пресс,2000.- С.373-413.
8. Малкина – Пых И.Г. Гендерная терапия / И.Г.Малкина - Пых. – М.:ЭКСМО-Пресс, 2006.-9
9. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте: Учеб. Пособие для высш. учеб заведений. –.: Издательский центр «Академия», 2002. – 232 с.
10. Теории личности: познание человека. 3-е изд. / С. Клонингер. – СПб.: Питер, 2003. – 7
11. Тюльпин Ю.Г. Медицинская психология: Учебник. –.: Медицина, 2004.- 320 с.
12. Чиненков В.А., Давиденко Е.Ю. Сравнительный анализ результатов субъективной и объективной оценки стратегии поведения в конфликте в свете теории пола //Социально-экологические проблемы природопользования в Центральной Сибири: тезисы и материалы докладов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием,27-29 ноября 2006г.; Краснояр. гос. ун-т. - Красноярск,2006. с 467-469.
13. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб: Издательство «Питер»,1999.-656с.

ВЛИЯНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Кардапольцева Т. А.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра физиологии

Научный руководитель: к.м.н., доц. Чеснокова Л. Л.

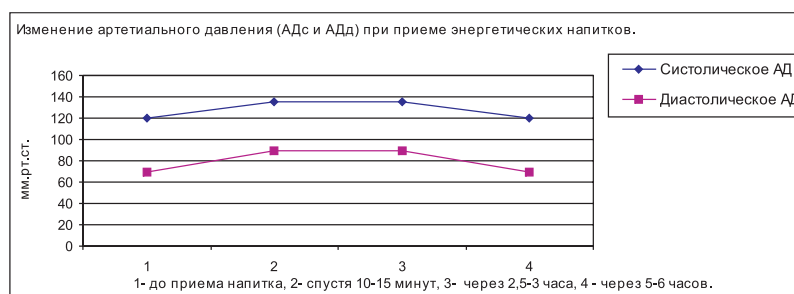
Энергетические напитки - достаточно недавнее изобретение человечества, хотя их ингредиенты уже давно используются для стимуляции нервной системы. Всего одна банка напитка - и вы уже стряхнули усталость и непреодолимое желание уснуть, и готовы к действиям - снова и снова... Изготовители энергетических напитков считают, что их продукция приносит только пользу. Однако, так ли это?

Цель: Разобраться в механизме действия энергетических напитков и исследовать их действие на организм человека. А так же выявить к чему приводит длительное и постоянное употребление так называемых «энергетиков»?

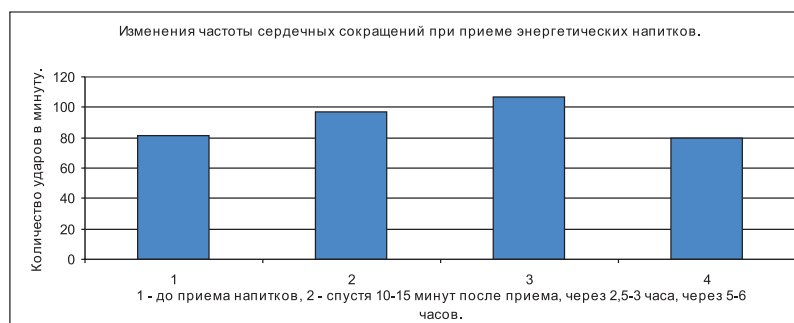
Объект исследования: Нами обследовано 100 студентов медицинской академии, в возрасте от 16 до 25 лет.

Методы исследования: опросник, включающий вопросы: об употреблении энергетических напитков, частоте употребления, а так же субъективных ощущениях у них возникающих, в момент употребления энергетических напитков, спустя 10-15 минут, через 2,5-3 часа, спустя 5-6 часов после их употребления. А так же контроль ЧСС и АД методом Короткова, в эти же временные промежутки.

Результат: при опросе выявлено, что 35 студентов из 100 опрошенных регулярно употребляют энергетические напитки не реже 2-4 раза в неделю. Со слов исследуемых, после приема напитков, так как Flash, Red Bull, Burn повышается жизненный тонус, активность, появляется чувство бодрости, исчезает желание сна.



При исследовании студентов в состоянии физического и эмоционального равновесия среднее значение АД составляло 120/70 мм.рт.ст., а частота сердечных сокращений 81 удар в минуту.



Спустя 10-15 минут после приема энергетических напитков АД повысилось, и в среднем составляло 135/90 мм.рт.ст., а ЧСС 97 уд. в минуту. При повторной оценке этих показателей через 2,5-3 часа АД осталось на уровне 135/90 мм.рт.ст., а ЧСС увеличилась до 107 уд. в минуту и только через 5-6 часов после приема энергетических напитков АД и ЧСС вернулись к исходному уровню.

Вывод: Своими исследованиями мы подтвердили, что энергетические напитки нельзя употреблять людям, страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями, гипотонией или гипертонией, так как после их приема наблюдается стойкое повышение АД и тахикардия. А так же кофеин, который содержится в энергетических напитках, приводит к истощению нервной системы. Кроме того, кофеин вызывает привыкание, повышенную нервозность, а при длительном употреблении приводит к депрессии. Если же человек не хочет отказываться от энергетических напитков, то необходимо соблюдать определенные правила употребления:

- 1) Не превышать суточную дозу кофеина - т.е. не больше двух банок напитка в сутки.
- 2) Не употреблять энергетические напитки после спортивной тренировки - как спорт, так и напитки повышают кровяное давление.
- 3) Энергетические напитки противопоказаны беременным женщинам, детям, подросткам, пожилым людям, людям, страдающим от гипертонии, сердечно-сосудистых заболеваний, глаукомы, расстройств сна, повышенной возбудимости и чувствительности к кофеину!
- 4) Энергетические напитки ни в коем случае нельзя смешивать с алкоголем. Кофеин повышает давление, а алкоголь еще более усиливает его действие и др.

ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ

Каримова Ф. Р., Садыков И. Ш.

Бухарский государственный медицинский институт им. Авиценны

Кафедра нормальной и патологической физиологии

Научный руководитель: д.м.н., проф. Юлдашев И. Р.

В экологически неблагоприятных регионах частота аллергической заболеваемости населения достигает 50% и более [Аппасова М.Н., Самуратова Р.Б., Чой С.В., 2000]. Аллергические заболевания встречаются также часто и в Узбекистане. Рост заболеваемости только бронхиальной астмой отмечается в 25 раз [Хакбердыев М.М. с соавт., 2003; Ахмедова М.М., 2005]. Формированию таких нарушений способствуют различные факторы, в том числе многочисленные агенты инфекционной и неинфекционной природы, острые и хронические стрессы, загрязнение окружающей среды, нарушение питания и витаминная недостаточность [Хакбердыев М.М., Юлдашев И.Р., 2000; Лусс Л.В., 2003].

Цель исследования. Определить особенности распространения, этиологии, клинического течения острых аллергических состояний (ОАС) у детей, проживающих в экологически неблагоприятном регионе города Бухары.

Методы исследования. Объектом исследования явились 1500 больных детей, госпитализированных по поводу ОАС в Бухарский филиал Республиканского экстренного научного центра медицинской помощи (РЭНЦМП). Проанализированы 24420 карты - вызовов СМП города Бухары по поводу ОАС у детей. Из 387793 вызовов СМП среди детского населения г. Бухары были отобраны и изучены 24420 (6,3%) карты вызовов детей по поводу ОАС: мальчиков - 13612 (55,7%), девочек - 10808 (44,3%). Возраст детей находился в пределах от нескольких месяцев до 14 лет. Были созданы три возрастные группы: первую группу составили дети от 0 до 5 лет - 6071 (24,9%), вторую группу - 6-10 лет - 9894 (40,5%), и третью группу - 11-14 лет - 8455 (34,6%). Среди данного контингента для вычисления прогноза ОАС была отобрана группа из 120 детей, больных ОАС и получивших стационарное лечение на базе Бухарского филиала РНЦЭМП. Аллергологический анамнез собирали по специально разработанному вопроснику, где были учтены различные аспекты этиологии и клиники аллергических заболеваний у детей. Общее количество вопросов 62. Распространенность аллергических заболеваний у детей изучали экспедиционным методом. Уровень в крови общего иммуноглобулина Е (IgE) определяли иммуноферментным методом с использованием специальных тест-систем. Полученные цифровые данные подвергали статистической обработке, рассчитывали ошибку показателей (m), ошибку разности показателей (Δm). Достоверность динамики изучаемых показателей и их отличий в разных группах оценивали с помощью критерия Стьюдента (t). Сведения считали достоверными при условии, когда t^*2 , а $P < 0,05$.

Результаты и их обсуждения. При анализе полученного материала выяснилось, что частота вызовов по поводу ОАС у детей по отношению к общему числу вызовов составила в 2001 г. - 2,9%, а в 2005 г. - 3,4%, т.е. увеличилась в 1,2 раза. Среди мальчиков эта частота составила в 2001 г. $8,5 \pm 0,03\%$, а в 2005 г. - $14,9 \pm 0,05\%$, т.е. стала больше почти в 2 раза ($P < 0,05$). Аналогичную картину наблюдали и в отношении обращаемости девочек в СМП: в 2001 г. - $5,5 \pm 0,02\%$, а в 2005 г. - $11,9 \pm 0,04\%$, то есть так же стала больше в 2 раза ($P < 0,05$). Анализ материала относительно клинических форм проявлений ОАС показал, что дети страдали различными клиническими формами ОАС: пищевой аллергией - 39,3%, аллергическим дерматитом - 18,1%, лекарственной аллергией - 12,5%, бронхиальной астмой - 10,2%, пылевой и пылевой аллергией - 10,1%, инсектной аллергией (укус насекомых) - 9,8% (табл.1).

Таблица 1

Клинические формы ОАС у детей, проживающих в условиях г. Бухары

Наименование ОАС	ГОДА										Всего	
	2001		2002		2003		2004		2005			
	Абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	Абс	%
Пищевая аллергия	1604	6,6	1499	6,1	1814	7,4	2209	9,1	2476	10,1	9602	39,3
Аллергич. дерматит	657	2,7	710	2,9	710	2,9	1131	4,6	1213	5,0	4421	18,1
Лекарст. аллергия	303	1,2	356	1,5	461	1,9	850	3,5	1086	4,4	3056	12,5
Бронхиал. астма	343	1,4	369	1,5	395	1,6	526	2,2	844	3,5	2477	10,2
Пыльц. и пылевая аллергия	347	1,4	374	1,6	426	1,7	534	2,2	770	3,2	2451	10,1
Инсектная аллергия	365	1,5	391	1,6	421	1,7	605	2,5	631	2,5	2413	9,8
Итого:	3619	15	3699	15	4227	17	5855	24	7020	29	24420	100

Частота вызовов по поводу острых реакций, связанных с пищевой аллергией, по отношению к общему числу вызовов в период с 2001 по 2003 гг. находилась в пределах 6,1-7,4%, а в период с 2004 по 2005 годы увеличилась до 9,1-10,1%, т.е. в 1,6 раз ($P > 0,05$).

По нашим данным, первое место заняли острые аллергические реакции со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ - 38,2%). Эти заболевания могут провоцироваться неправильным кормлением, функциональными нарушениями кишечника, заболеваниями поджелудочной железы и печени, воспалительными заболеваниями кишечника и др. На втором месте находилась генерализованная крапивница (25,4%). Эта форма аллергии характеризуется появлением зудящих волдырей разного калибра и формы. На третьем месте были острые отек Квинке и гортани (20,7%). При этом обычно развивается отек губ, век, ушных раковин, лица и др. На четвертом месте находились сочетанные формы ОАС (14,8%), когда у детей одновременно наблюдаются симптомы аллергии ЖКТ, крапивницы и отека Квинке. Анафилаксия наблюдалась в 0,9% случаев в виде отека Квинке, крапивницы, поражения конъюнктивы, слизистой оболочки носа, одышки, цианоза, гипотонии, тошноты, рвоты, болей в животе. Частота вызовов по поводу острых реакций, связанных с аллергическими дерматитами, по отношению к общему числу вызовов в период с 2001 по 2003 гг. находилась в пределах 2,7-2,9%, а в период с 2004

по 2005 годы увеличилась до 4,6-5,0 %, т.е. почти в 2 раза ($P < 0,05$). Клинически острые аллергические дерматиты проявлялись в виде сильно зудящих, приподнятых, пораженных участков кожи, бледнеющих при надавливании. Тяжесть клинического течения была неодинаковой: легкая - 7,9%, среднетяжелая - 32,1%, тяжелая - 60,0%. Частота вызовов по поводу острых реакций, связанных с лекарственными препаратами, по отношению к общему числу вызовов в период с 2001 по 2003 г.г. находилась в пределах 1,2-1,9%, а в период с 2004 по 2005 годы увеличилась до 3,5-4,4%, т.е. почти в 3,6 раза ($P < 0,05$). Причинами лекарственной аллергии у детей в большинстве случаев являлись антибиотики - 35,6%, сульфаниламидные препараты - 16,0%, лечебные сыворотки и вакцины - 10,1%, витамины - 2,9%, местные анестетики - 2,3% и в 33,1% случаев причина оставалась неясной. Клинические симптомы лекарственной аллергии, независимо от механизма их формирования, характеризовались полиорганностью и полиморфностью. Самыми грозными проявлениями лекарственной аллергии были следующие: синдромы Лайелла и Стивенса - Джонсона (55,6%), сывороточная болезнь (11,5%) и анафилактический шок (14,1%). Клинические проявления лекарственной аллергии характеризовались преимущественным поражением органов дыхания, поражения кожи, почек и наблюдались в 12,6%, ЖКТ и гепатобилиарной системы в 6,2% случаев. Частота вызовов по поводу приступов бронхиальной астмы (БА) по отношению к общему числу вызовов в период с 2001 по 2003 г.г. находилась в пределах 1,4-1,6%, а в период с 2004 по 2005 годы увеличилась до 2,2-3,5%, т.е. в 2,5 раз ($P < 0,05$). По нашим данным, легкая форма встречалась в 9,0 %, среднетяжелая в 25,1 %, тяжелая в 65,9 % случаев. Частота вызовов по поводу острых реакций, связанных с пыльцевой и пылевой аллергией, по отношению к общему числу вызовов в период с 2001 по 2003 г.г. находилась в пределах 1,4-1,7%, а в период с 2004 по 2005 годы - 2,2-3,2%, т.е. увеличилась почти в 2,3 раза ($P < 0,05$). В наших исследованиях при пыльцевой и пылевой аллергии преобладали явления аллергического конъюнктивита, трахеита и бронхита (66,6%). В 17,1% случаев наблюдались сочетанные клинические формы проявления аллергии. Острый отек Квинке, крапивница, атопический дерматит регистрировались в 12,5 % случаев, бронхиальная астма - в 3,4%. Легкая форма указанных аллергических заболеваний выявлена у 377 детей (15,4%), среднетяжелая форма - у 679 (27,7%), тяжелая форма - у 1395 (56,9%). Частота вызовов по поводу острых реакций, связанных с инсектной аллергией, по отношению к общему числу вызовов в период с 2001 по 2003г.г. находилась в пределах 1,5-1,7%, а в период с 2004 по 2005 г.г. составляла - 2,5%, т.е. возросла в 1,6 раза ($P < 0,05$). Клинические формы инсектной аллергии были как местными, так и системными: генерализованная крапивница (35,6%), отек Квинке и гортани (26,1%), сочетанные клинические формы (25,3%), острый приступ удушья, бронхиальная астма (13%). Результаты проведенных исследований среди детей – жителей г. Бухары показали, что в структуре причин пищевой аллергии существенное значение имели пищевые аллергены (68,2%).

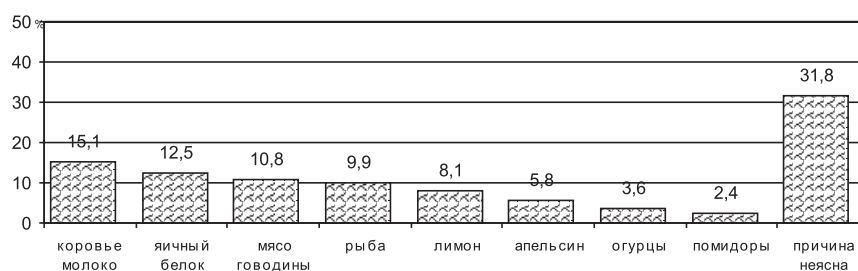


Рис. 1. – Причины сенсibilизации при пищевой аллергии у детей

Наиболее частой причиной аллергии был аллерген из коровьего молока. На этот фактор ссылались 1450 (15,1%) больных. На яичный белок указывали 1201 (12,5%) больных, на мясо говядины - 1037 (10,8%) пациентов. Аллергию к рыбе отмечали 950 (9,9%) больных. Фрукты и овощи считали причиной аллергии 778 (13,9%) и 230 (6%) пациентов соответственно (рис. 1). Следует подчеркнуть, что причина болезни осталась невыясненной у 3053 пациентов, что составляет 31,8% случаев. При изучении этиологических факторов аллергического дерматита у детей, госпитализированных с ОАС, анамнестически выяснилось, что в 35,3% случаев причиной являлись различные пищевые аллергены. Имели значение также лекарственные - 27,4% и инсектные аллергены (яд жалящих и кусающих насекомых) - 11,0%. Аллергические реакции на ужаление насекомыми проявляются как в виде местных, так и системных изменений. У 26,3% больных детей причина аллергического дерматита осталась неясной. Основными этиологическими агентами поражения кожи при лекарственной аллергии являются антибиотики всех групп, сульфаниламидные препараты, витамины. Необходимо указать, что кроме причинных факторов, в развитии аллергического дерматита имели значение факторы отягощенного преморбидного фона. Так, среди детей с аллергическими болезнями кожи часто встречались дети, находившиеся на раннем искусственном вскармливании (56%), имевшие дефекты вскармливания - ранний прикорм, введение в рацион продуктов, не соответствующих возрасту или обладающих высокоаллергенными свойствами (46%) и дети с аномалиями конституции, в частности с экссудативно-катаральным диатезом (78%) и наследственной отягощенностью к аллергии (72%).

Выводы:

1. Частота обращаемости детей с острыми аллергическими состояниями в скорую медицинскую помощь города Бухары в периоды 2001-2005 годов имела тенденцию к увеличению почти в 2 раза.
2. Острые аллергические состояния клинически проявлялись в виде тяжелой и средней степени тяжести течения пищевой аллергии - 39,3%, аллергического дерматита - 18,1%, лекарственной аллергии - 12,5%, бронхиальной астмы - 10,2%, пыльцевой и пылевой аллергии - 10,1% и инсектной аллергии - 9,8%.
3. По отношению к общему числу вызовов частота обращаемости по поводу острых реакций, связанных с пищевой аллергией за последние 5 лет увеличилась в 1,6 раз, с аллергическими дерматитами почти в 2 раза, с лекарственной аллергией - в 3,6 раза, с бронхиальной астмой в более, чем в 2,5 раза, с пыльцевой и пылевой аллергией почти в 2,3 раза, с инсектной аллергией - в 1,6 раза. Мальчики острыми аллергическими состояниями страдали в 1,2 раза чаще, чем девочки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Хакбердыев М.М., Каримова Ф.Р. Особенности аллергических состояний у детей, проживающих в региональных условиях города Бухары. //Вестник Каракалпакского Отделения АН РУз.- Нукус- 2005.- №4.-С. 116-117.
2. Каримова Ф.Р., Умуров Ф.Ф., Иноят Х.Х. Региональные аспекты острых аллергических состояний у детей, проживающих в экологически неблагоприятном регионе. // Журнал теоретической и клинической медицины – 2007.- №2 - С.64-66.
3. Наврузова Ш.И., Каримова Ф.Р., Алимова Г. Особенности острых аллергических состояний у детей, по данным станции скорой медицинской помощи города Бухары. // Педиатрия. – 2007. - № 1-2. – С. 47-50.

УДК 616-053.31:614.87(571.51)

ТЕРАТОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ И ПРОБЛЕМА РОЖДЕНИЯ ЗДОРОВОГО ПОТОМСТВА НА ТЕРРИТОРИИ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

Астафьева Е. Г., Карликова Н. А.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра биологии с экологией и курсом фармакогнозии

Научный руководитель: д.б.н., доц. Орлянская Т. Я.

Врожденные пороки развития являются основной причиной формирования инвалидности в детском возрасте, и затрагивает практически любые органы. Каждые 16 минут в России умирает грудной ребенок, выявлена высокая частота гибели плодов при поздних выкидышах, каждую минуту выполняется 5-6 аборт, половина из которых по медицинским показаниям.

На формирование здорового ребенка пагубно влияют факторы, обладающие тератогенным действием к которым относят медикаментозные препараты, принимаемые женщиной во время беременности, метаболические дисфункции и инфекции беременных, курение, употребление алкоголя, наркотических веществ, вредные физические, химические факторы окружающей среды [1,2].

На территории Красноярского края 87 крупных предприятий не имеют организованных санитарно-защитных зон. В условиях загрязненной атмосферы проживает большинство жителей края.

Легче предотвратить заболевание, чем вылечить. Исходя из этих позиций, на территории нашего края осуществляется реализация национального проекта «Здоровье».

По всему краю работают скрининговые программы, пренатальная диагностика и мониторинг ВПР (врожденных пороков развития), способствующие раннему выявлению врожденных патологий развития, обусловленных разными причинами и в частности влиянием факторов экзогенного и эндогенного характера.

Проводится медико-генетическое консультирование и оценка здоровья супругов до наступления беременности, что позволяет определить вероятность рождения здорового ребенка, провести при необходимости своевременное лечение, подготовить будущих родителей к рождению здорового и счастливого малыша. От здоровья детей зависит здоровье всей нации.

Цель данной работы: провести анализ действие различного характера тератогенных факторов на рождение здоровых детей на основании материалов, предоставленных Межрегиональным Красноярским диагностическим центром медицинской генетики, и показать профилактические меры, предпринимаемые медицинскими учреждениями для раннего выявления ВПР и предупреждения их появления.

Результаты анализа материала, предоставленного Межрегиональным Красноярским диагностическим центром медицинской генетики, за период 1998-2007 г.г., позволило выделить среди факторов, принимающие участие в тератогенезе человека, 5 групп:

1. Медикаментозные средства, используемые для лечения во время беременности (антибиотики, гормоны и др.). данная группа особенно опасна для развивающегося эмбриона в первые три месяца внутриутробной жизни, т.к. могут возникнуть множественные пороки развития нервной системы, сердца, почек, скелета.
2. Метаболические дисфункции у беременных женщин (сахарный диабет, недостаточность микро и макроэлементов, витаминов, голодание, ожирение). Вероятны патологии развития нервной системы, дети рождаются недоношенными, отстают в умственном и физическом развитии.
3. Действие физических факторов окружающей среды (профессиональные вредности, радиация, электромагнитные излучения, токсичные химические элементы и соединения). Опасны специфическим поражением нервных клеток мозжечка, центров зрения и слуха, сердца, атрофией мозга, поражением слизистых оболочек, кожных покровов. Дети также могут страдать тяжелыми формами анемии, отставать в физическом и умственном развитии, не исключено мертворождение.
4. Вещества, добровольно принимаемые или вдыхаемые внутрь (алкоголь, наркотики, табакокурение). При воздействии этой группы веществ отмечаются пороки развития нервной системы, сердца, головного мозга.
5. Материнские инфекции (сифилис, краснуха, токсоплазмоз, ВИЧ-инфекция). Дети рождаются с врожденными инфекциями, поражениями различных систем органов.

Согласно проведенного анализа, степень чувствительности к тератогену обусловлена и стадией внутриутробного развития, т.е. временной незащищенностью эмбриона и плода. В течение первых двух недель жизни эмбрион относительно резистентен к действию тератогенных факторов. Возникающие большие повреждения ведут к его гибели. В периоде 2-8 недель развития, когда идет бурный органогенез, чувствительность к тератогенам максимальна(!). С 9 недели внутриутробного периода и до родов повреждения плода, возникающие при воздействии вредных факторов, носят названия фетопатии. Каждая органная система имеет свои пики: сердечно-сосудистая - 18-19-22 дни, респираторные - 22-26, ЦНС - 18-21 дни.

Тератогенный эффект также зависит от его природы и полученной дозы.

Финалом воздействия тератогена могут быть смерть, уродства, задержка физического и умственного развития, функциональные расстройства организма.

В Красноярском крае врожденные пороки развития (ВПР) у детей в структуре младенческой смерти и детской инвалидности сохраняются на одном уровне, занимая соответственно 2 и 3 места. Доля детей с ВПР в заболеваемости новорожденных и детей до года за анализируемый период имеют тенденцию к уменьшению.

Снижение уровня заболеваемости и смертности в значительной степени зависит от реализации мероприятий, направленных на профилактику ВПР, и требует немалых финансовых затрат. В Красноярском крае с 2000 года проводится комплексная пренатальная диагностика ВПР, работа по которой позволяет выявить врожденную патологию плода внутриутробно и элиминировать беременность с патологичным плодом.

За эти годы увеличился процент охвата беременных женщин биохимическим скринингом (по некоторым территориям до 90%), возросла кратность ультразвуковых обследований более, чем в 3 раза, и в 4 раза больше выявлено внутриутробной патологии плода по сравнению с 1999 годом. Однако в большинстве случаев в районах края ультразвуковые обследования проводятся двукратно, а не трехкратно, и не в скрининговые сроки, что влечет за собой пропуски врожденных пороков развития плода.

С 1998 года в Межрегиональном Красноярском диагностическом центре медицинской генетики работает консультативно-экспертная комиссия, в задачи которой входит решение вопросов по тактике ведения беременности при выявлении врожденной патологии плода. При анализе структуры выявленной патологии плода пренатально в 40% случаев выявляется патология ЦНС, МВПР - 19% и хромосомные аномалии в 8%. Пороки сердца остаются трудно диагностируемыми, т.к. требуют ультразвуковых аппаратов с высокой разрешающей способностью, которых не имеют ни районные центры, ни ДЦМГ.

Исходя из проанализированного материала, в современных условиях лучшим способом предотвращения рождения детей с тератомами является профилактическая работа медиков с молодыми семьями, разъяснение (желательно с использованием фотонаглядности) влияния факторов окружающей среды и вредных привычек родителей на потомство. С будущими матерями обязательное проведение дородовой диагностики, ультразвуковые и биохимические исследования. Будущим отцам также необходимо принимать участие в обследовании.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Маккони Э. Геном человека.-М.:Техносфера, 2008.-288с.
2. Основы медицинской генетики/под ред. Д.Б.н. Е.К.Хондогиной.-М.:ФОРУМ:ИНФА-М,2004.-176с.

УДК 616-02:681.3

БЕЗОПАСНОСТЬ ТРУДА ПРИ РАБОТЕ С КОМПЬЮТЕРОМ

Карнаухов Д. И., Косенко П. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра гигиены*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Шибанова Н. С.

Актуальность проблемы. Проблема организации рабочего места является важной составной частью всей трудовой деятельности человека. Основными принципами создания рабочего места являются: санитарно-гигиеническое нормирование, учёт возрастных и индивидуальных особенностей работающих; использование современных достижений науки и техники для совершенствования рабочих мест. Эргономический (комплексный) подход к организации трудовой деятельности направлен на обеспечение безопасности, производительности труда и сохранение здоровья работающих. Предмет эргономики трудовая деятельность, а объект исследования – система «человек – орудие труда – предмет труда – рабочая среда». В нашем случае, применительно к учебному заведению, «ученик – учебный процесс – ЗУНы (знания, умения, навыки) – рабочая зона учащегося».

Влияние гигиенических факторов на состояние и здоровье школьников составляет до 30% всех внутришкольных воздействий. По данным комплексного обследования детских учреждений с использованием лабораторных методов исследования, в 13% выявлены отклонения норм по шуму, в 34% - по электромагнитным полям, в 31% - по освещённости, в 21% - по микроклимату, в 25% - по мебели.

Компьютер уже давно перестал быть роскошью, он превратился в такую же неотъемлемую часть жизни современных людей, как телевизор или часы. Компьютеры стали привычными на производстве, в офисе, на транспорте, в школьном классе и даже в детском саду. Однако не нужно забывать, что это изобретение приносит не только пользу, но и оказывает неблагоприятное воздействие на организм человека. Особенно вреден компьютер для здоровья детей.

Какие же опасности подстерегают при работе с этой умной машиной?

1. Компьютер работает под высоким электрическим напряжением, и поэтому при неисправной проводке возможно поражение пользователя электрическим током или возгорание монитора (если закрыты вентиляционные отверстия).
2. Опасно электромагнитное излучение от различных деталей компьютера, в первую очередь монитора и системного блока. Данные американских и шведских учёных убедительно доказывают, что это излучение может способствовать развитию опухоли головного мозга.
3. Сильная нагрузка на глаза при долговременной работе на близком расстоянии от экрана монитора приводит к ухудшению зрения.
4. Повышенный уровень шума при работе компьютера и принтеров создаёт дополнительную нагрузку на мозг.
5. Пониженная влажность воздуха, повышенное содержание пыли и недостаток аэроионов (лёгких отрицательно заряженных молекул кислорода) в помещении, где работают компьютеры, приводят к снижению иммунитета организма человека.
6. Возникают дополнительная нагрузка на позвоночник и утомление при неправильной организации рабочего места.
7. Опасны повышенные нервно-психические и эмоциональные нагрузки при работе на компьютере. Вспомните, как вы переживаете, играя в компьютерные игры.

Работа с компьютером характеризуется высокой напряженностью зрительной работы и достаточно большой нагрузкой на мышцы рук при работе с клавиатурой ЭВМ. Большое значение имеет рациональная конструкция и расположение элементов рабочего места, что важно для поддержания оптимальной рабочей позы человека-оператора.

В процессе работы с компьютером необходимо соблюдать правильный режим труда и отдыха. В противном случае у персонала отмечаются значительное напряжение зрительного аппарата с проявлением жалоб на неудовлетворенность работой, головные боли, раздражительность, нарушение сна, усталость и болезненные ощущения в глазах, в пояснице, в области шеи и руках.

Данная исследовательская работа посвящена изучению соответствия микроклимата и электромагнитного поля в кабинетах, оборудованных видео-дисплейными терминалами (ВДТ) и ПЭВМ нормативам СанПиНа.

Цель исследования: изучение воздействия электромагнитного излучения от ВДТ на организм школьников.

Задачи исследования:

1. Изучить регламентирующие материалы (нормативы СанПиНа);
2. Составить характеристику помещений компьютерного класса и кабинета информатики;
3. Определить показатели микроклимата и электромагнитных полей в исследуемых кабинетах;
4. Оценить степень риска неблагоприятного воздействия на здоровье.

Материалы и методы: Объектами исследования были учащиеся МОУ «Гимназия №2» г. Заозёрного и их рабочая зона. Для измерения влажности и температуры использовался измеритель влажности и температуры модель «ТКА-ТВ», а для измерения электрического и магнитного поля – измеритель параметров электрического и магнитного полей ВЕ-метр-АТ-002. Методы исследования: учёт абиотических факторов, статистическая обработка результатов, сравнительный анализ полученных данных.

Результаты: Микроклимат компьютерного класса и кабинета информатики

28.01.2006 г на улице -21 °С

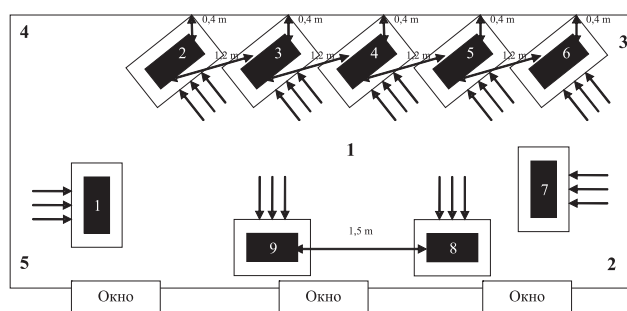
Кабинет	Время 8.00		Время 13.00		Средняя	
	t	Влаж.	t	Влаж.	T	Влаж.
Комп. класс	15,6	27,5	16,1	31,5	15,85	29,5
Информ.	17,2	21,7	18,3	29,5	17,75	25,6

Влажность по нормам СанПиНа должна находиться в пределах 40-60%. В кабинете информатики и компьютерном классе эта норма не выдержана.

В кабинете информатики температура приблизительно равна 17,7°С, в компьютерном классе 15,8°С, что не укладывается в рамки допустимой нормы.

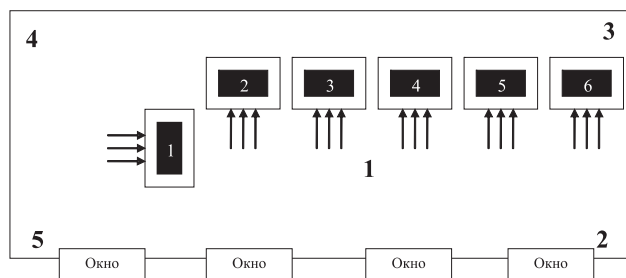
Обзорное исследование компьютерного класса (S≈52,2 м2).

Параметры электрического и магнитного полей ВЕ-МЕТР-АТ002		сектор 1	сектор 2	сектор 3	сектор 4	сектор 5
Напряжённость электрического поля (В/м)	В диапазоне частот 5 Гц-2 кГц	15	23	29	35	5
	В диапазоне частот 2 кГц-400 кГц	0,05	0,18	0,27	0,24	0,07
Плотность магнитного потока	В диапазоне частот 5 Гц-2 кГц (мкТл)	0,01	0,01	0,01	0,03	0,02
	В диапазоне частот 2 кГц-400 кГц (нТл)	0	2	1	1	1



Обзорное исследование кабинета информатики (S≈68 м2).

Параметры электрического и магнитного полей ВЕ-МЕТР-АТ002		сектор 1	сектор 2	сектор 3	сектор 4	сектор 5
Напряжённость электрического поля (В/м)	В диапазоне частот 5 Гц-2 кГц	3	17	8	12	14
	В диапазоне частот 2 кГц-400 кГц	0,03	0,03	0,03	0,06	0,05
Плотность магнитного потока	В диапазоне частот 5 Гц-2 кГц (мкТл)	0,01	0,01	0,02	0,01	0,03
	В диапазоне частот 2 кГц-400 кГц (нТл)	0	0	0	0	0



Выводы:

1. При общем обследовании компьютерного класса на предмет поиска возможных источников излучения, установлено незначительное превышение показателей напряжённости электрического поля в 3 и 4 секторах (см. план) компьютерного класса, что, вероятно, обусловлено концентрацией ВДТ №2-6 по линии расположения секторов.

2. Установлено, что ВДТ №8 и №9 расположены с нарушением рекомендаций по организации рабочих мест относительно светопроёмов, т.к. линия взора пользователя направлена перпендикулярно экрану ВДТ и светопроёму, что может негативно сказаться на остроте зрения.

3. При общем обследовании кабинета информатики на предмет поиска возможных источников излучения установлено, что все показатели проверенных секторов соответствуют нормативным.

4. Площадь на одно рабочее место пользователя ВДТ соответствует норме (при минимальной площади для 6 ВДТ 36 м² – фактическая составляет 68м²).

5. Все ВДТ кабинета информатики расположены в соответствии с рекомендациями по организации рабочего места относительно светопроёмов, удалённости боковых поверхностей мониторов друг от друга (норма 1,2 м).

Рекомендации по улучшению условий труда пользователей ВДТ МОУ «Гимназия № 2».

1. Уменьшить количество ВДТ в компьютерном классе минимум на одну единицу;

2. Изменить расположение ВДТ в компьютерном классе, с учётом требований по организации рабочих мест: относительно светопроёмов; нормативной площади на одно рабочее место с ВДТ не менее 6 м², а объём не менее 24,0 м³; с учётом расстояния между рабочими столами с ВДТ (в направлении тыла поверхности одного видеомонитора и экрана другого видеомонитора, которое должно быть не менее 2 метров, а расстояние между боковыми поверхностями видеомониторов – не менее 1,2 м.

3. Оборудовать оконные проёмы регулируемыми устройствами типа жалюзи или занавеси;

4. Оборудовать компьютерный класс и кабинет информатики системами кондиционирования воздуха или эффективной приточно-вытяжной вентиляцией;

5. При отсутствии в помещениях приточно-вытяжной вентиляции перед началом уроков и после каждого академического часа учебных занятий производить проветривание и для повышения влажности применять увлажнители воздуха.

Рациональное планирование по размещению ВДТ, наличие сертификатов безопасности ВДТ, является реальным выходом в сфере здоровьесберегающих технологий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеев С.В., Груздева Н.В., Гушина Э.В. Экологический практикум школьника: учебное пособие для учащихся – Самара «Корпорация «Фёдоров», Издательство «Учебная литература», 2005
2. Гигиенические требования к ВДТ и ПЭВМ и организации работы. Санитарные правила и нормы СанПиН 2.2.2.542-96 – М. Госкомсанэпиднадзор России, 1996
3. Кривошеин Д. А., Муравей Л. А., Роева Н. Н. Экология и безопасность жизнедеятельности – М. ООО «ЮНИТИ-ДАНА», 2000
4. Минздрав России Санитарно-эпидемиологические правила СанПиН 2.2.4.1294-03 «Гигиенические требования к аэрионному составу воздуха производственных и общественных помещений» – М. 2003
5. Постановление от 3 июня 2003 года №118 О введении в действие санитарно-эпидемиологических правил и нормативов СанПиН 2.2.2/2.4. 1340-03
6. Руководство по эксплуатации к измерителю параметров электрического и магнитного полей ВЕ-МЕТР-АТ-002 – М., 2003

УДК 576.89+576.895.122

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СПЕЦИФИЧЕСКИХ И НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У НЕОБЛИГАТНЫХ ХОЗЯЕВ ПРИ ИНВАЗИИ ЛЕНТЕЦОМ ЧАЕЧНЫМ DIPHYLLOBOTRIUM DENDRITICUM В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Качина Е. А., Комарова Е. В.

Бурятский государственный университет
Лаборатория паразитологии и экологии гидробионтов ИОЭБ
Кафедра анатомии и физиологии медицинского факультета
Научный руководитель: проф. Пронина С. В.

Республика Бурятия относится к числу регионов, где заболеваемость дифиллоботриозом остается на высоком уровне. В бассейне озера Байкал дифиллоботриоз вызывает преимущественно лентец чаечный из трех известных видов рода *Diphyllobothrium* (*Diphyllobothrium latum*, *D. dendriticum*, *D. ditremum*). Два последних вида в Байкальской Сибири образуют природный очаг дифиллоботриоза. Окончательным хозяином лентеца чаечного являются рыбоядные птицы, при абсолютном доминирующей роли монгольской чайки в байкальском природном очаге дифиллоботриоза. Плотоядные домашние животные и человек также могут заражаться лентецом. У окончательных хозяев паразит локализуется в тонком кишечнике.

В медицинской практике, как правило, при постановке диагноза не дифференцируется видовая принадлежность возбудителя дифиллоботриоза, поэтому патогенез гельминтоза, вызываемого лентецом чаечным, до недавнего времени не был изучен. В последние годы появилась серия работ, в которых освещены некоторые вопросы патогенеза дифиллоботриоза, вызываемого лентецом чаечным (Мазур, Толочко, 2007; Мазур, Пронин, Толочко, 2007; Пронина, Мазур, Толочко, 2008 и др.).

Цель настоящей работы – выявить особенности защитной ответной реакции у дефинитивного хозяина при инвазии лентецом чаечным.

Материалы и методы. Исследования проведены на двух лабораторных моделях: «*D. Dendriticum* – сирийский хомяк» (12 экз.) и «*D. Dendriticum* – домашняя кошка» (6 экз.). Контрольная группа включала 6 и 3 экз., соответственно. Доза заражения подопытных животных составила по 17 плероцеркоидов лентеца заданных однократно перорально каждой особи. Парафиновые срезы толщиной 4-6 мкм окрашивали 0,5% водным раствором толудинового синего, по методу Маллори, гематоксилином Эрлиха с докраской эозином и азур – эозином по Романовскому, постановкой PAS-реакции. Подсчет клеток производили на площади 1 мм² на 5 срезах от каждого животного при увеличении в 400 раз.

В данной работе учитывали количественные изменения тучных клеток (ТК), интраэпителиальных лимфоцитов, бокаловидных клеток, плазмочитов, а также митотическую активность эпителиоцитов тонкого кишечника и на основании этих данных построены гистограммы. Результаты исследований статистически обработаны при помощи пакета программ «Statistica» для непараметрических данных (Mann-Whitney U-тест) при уровне достоверности $p < 0.05$.

Результаты. У окончательных хозяев стробилы лентеца чаечного регистрировались в тощей кишке при слабой (1-3 экз.) и средней (4-8 экз.) интенсивности инвазии, а при сильной (16-21 экз.) – в тощем и 12-перстном отделах кишечника. Патогистологические изменения в тонком кишечнике дефинитивных хозяев при инвазии лентецом чаечным описаны нами ранее у котят (Качина, Комарова, 2007) и хомяков (Комарова, Качина, 2008).

При низкой интенсивности инвазии в кишечнике хомяков и котят возникает поверхностное воспаление с небольшим очаговым отеком стромы ворсинок, инфильтрацией собственной пластики слизистой лейкоцитами и макрофагами, дистрофическими изменениями эпителия ворсинок и повышенной его десквамацией, увеличением количества бокаловидных клеток и гиперсекреции муцинов. Эпителиальные клетки без видимых изменений. При средней степени инвазии в кишечнике развивается хроническое воспаление с признаками умеренной, а при сильной инвазии и более выраженной атрофии структур кишечника. Слизистая и подслизистая основа отечны. Отмечается деформация ворсинок и нарушение их кровоснабжения. Мелкоочаговая дистрофия и некроз эпителия. При высокой интенсивности инвазии у всех исследованных животных истончение слизистой происходит не только за счет укорочения ворсинок, но и крипт. Очаги дистрофии и эпителия становятся более крупными. Наиболее сильные изменения паразит вызывает в месте фиксации сколекса и контакта стробилы со слизистой. Между стробилой паразита и слизистой находится довольно толстый слой детрита. Ворсинки могут быть разрушены до основания. У котят деструктивные изменения в слизистой кишечника сильнее выражены по сравнению с хомяком, при одинаковой интенсивности заражения.

Ответную защитную реакцию хозяина оценивали по изменениям количества делящихся митозом эпителиоцитов, бокаловидных клеток, интраэпителиальных лимфоцитов, тучных клеток и плазмочитов в слизистой тонкого кишечника зараженных лентецом и интактных животных.

У зараженных котят и хомяков по сравнению с интактными количество делящихся митозом эпителиоцитов достоверно увеличивается, причем, этот показатель у котят заметно выше (рис. 1, 2).

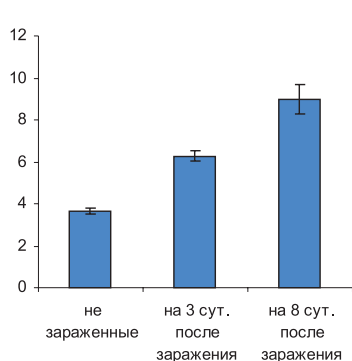


Рис. 1. – Содержание делящихся эпителиоцитов в тощей кишке хомяков

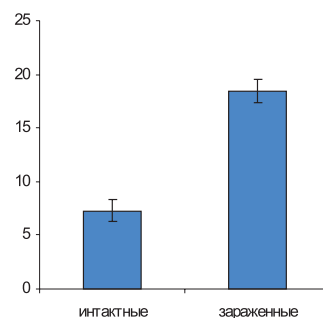


Рис. 2. – Содержание делящихся в тощей кишке котят эпителиоцитов

Усиление пролиферативной активности эпителиоцитов у зараженных особей имеет защитное значение и направлено на компенсацию повышения десквамации эпителия слизистой кишечника.

Количество бокаловидных клеток также увеличивается у хомяков (рис. 3) и котят (рис. 4). У котят этот показатель значительно выше.

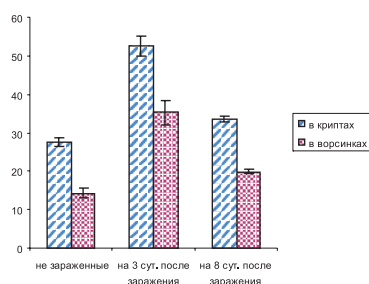


Рис. 3. – Содержание бокаловидных клеток в тощей кишке хомяков

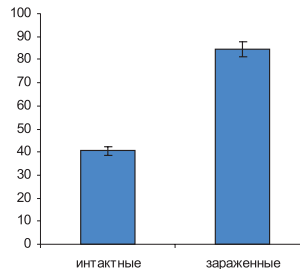


Рис. 4. – Содержание бокаловидных клеток тощей кишке котят

Снижение содержания бокаловидных клеток у хомяков (рис. 3) на 8-е сутки по сравнению с 3-ми сутками, вероятно, связано с повышением десквамации эпителия на пике инвазивного процесса. Увеличение численности бокаловидных клеток и их гиперфункция свидетельствуют об усилении неспецифической защитной реакции хозяев в ответ на инвазию лентецом. Муцины защищают от механического воздействия паразита, блокируют его двигательную активность, затрудняют питание.

У зараженных животных в слизистой кишечника достоверно увеличивается содержание интраэпителиальных лимфоцитов (рис. 5, 6).

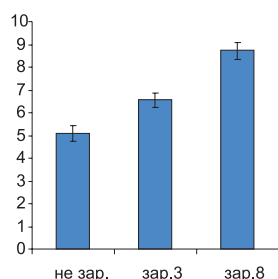


Рис. 4. – Содержание интраэпителиальных лимфоцитов в тощей кишке хомяков

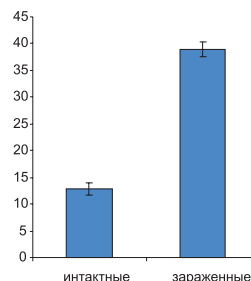


Рис. 5. – Содержание интерэпителиальных лимфоцитов у интактных и зараженных котят

При этом у хомяков этот показатель увеличивается почти в 2 раза, а у котят – в 3 раза по сравнению с интактными животными. Известно, что интраэпителиальные лимфоциты пищеварительного тракта представлены исключительно Т-лимфоцитами и что эти клетки действуют цитотоксически в отношении некоторых паразитов, бактерий, вирусов (Genth, 1976; Pabst, 1984).

Плазматические клетки пищеварительного тракта на 80 % состоят из плазмоцитов – продуцентов IgA. Большая часть иммуноглобулина выделяется непосредственно в просвет кишечника, где взаимодействует с антигенами. Плазматические клетки нами подсчитывались только у хомяков. Установлено, что содержание плазмоцитов к 8-м суткам после заражения увеличивается почти в 3 раза по сравнению с интактными животными.

ТК играют важную роль в реализации иммунных реакций против гельминтозной инвазии. В слизистой тонкого кишечника хомяков при инвазии лентецом нами выявлено значительное увеличение содержания ТК, их функциональной активности и зависимости этих показателей от продолжительности инвазионного процесса. Так, на 3-и сутки после заражения количество молодых (темных) клеток увеличилось в 2,2 раза, а на 8-е сутки – почти в 6 раз, в то же время содержание зрелых (светлых) клеток возросло еще значительней (на 3-и сутки в 4,6 раза, на 8-е сутки более, чем в 7 раз). Следовательно, на протяжении инвазионного процесса сохранялась высокая степень дифференцировки ТК и происходило повышение их функциональной активности, морфологически выраженной усилением дегрануляции. Увеличение количества дегранулированных клеток является критерием оценки иммунологических изменений при гельминтозах (Ершов, 1966).

У котят в слизистой тонкого кишечника тучные клетки нами не выявлены как у интактных, так и у зараженных особей.

Проведенные исследования развития клеточных и гуморальных иммуногематологических реакций при экспериментальном заражении лентецом чаечным (Мазур, Толочко, 2007) показали, что у хомяков на ранней фазе инвазии происходит незначительное снижение числа Т-лимфоцитов и их субпопуляций на фоне слабой активации гранулоцитарного ростка крови. В период активного роста лентеца чаечного отмечено прогрессирующее снижение, как общего числа лейкоцитов, так и лимфоцитов и их субпопуляций. Установленное нами увеличение численности интраэпителиальных лимфоцитов в слизистой тонкого кишечника зараженных животных доказывает то, что происходит перераспределение этих клеток из крови в ткани, где они участвуют в локальном иммунном процессе.

Выводы. Повышение митотической активности эпителиоцитов, увеличение количества бокаловидных клеток и гиперсекреция ими муцинов обеспечивает надежную защиту слизистой кишечника от паразита, препятствуя развитию глубоких деструктивных процессов в ней даже при высокой интенсивности инвазии.

Полученные нами количественные данные по иммунокомпетентным клеткам (интраэпителиальным Т-лимфоцитам и плазмоцитам) диффузной иммунной системы тонкого кишечника указывают на то, что лентец чаечный вызывает сильную активизацию локального эффекторного звена местной иммунной защиты у необлигатных (случайных) окончательных хозяев.

Данные по количественным изменениям и функциональной активности ТК слизистой тонкого кишечника хомяков свидетельствуют о высоком иммуногенном воздействии лентеца чаечного на случайного дефинитивного хозяина (хомяка).

Благодарности. Работа выполнена при поддержке грантов: РФФИ № 08-04-98035_р_сибирь_а и Бурятского государственного университета «Инновационные и научные исследования БГУ – 2007 г.». Мы благодарим научного руководителя проф. С.В. Пронину за помощь в проведении данного исследования и анализе результатов, заведующего лабораторией паразитологии и биологии гидробионтов ИОЭБ Н.М. Пронина и сотрудников О.Е. Мазур, Л.В. Толочко, И.А. Кутырева, А.С. Фомину за оказание помощи в проведении исследования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Автандинов Г. Г. Медицинская морфометрия / Г. Г. Автандинов. – М. : Медицина, 1990. – 384 с.
2. Зуффаров К. А. Основы иммунной системы (структурные и функциональные аспекты) / К. А. Зуффаров, К. Р. Тухтаев. – Ташкент : Фан. – 1987. – 184 с.
3. Зуффаров К. А. Лейкоциты и клетки рыхлой соединительной ткани (ультраструктурные функциональные аспекты) / К. А. Зуффаров, К. Р. Тухтаев, А. Ю. Юлдашев. – Ташкент : Фан. – 1979. – 192 с.
4. Мазур О. Е. Особенности лейкоцитарной реакции крови сирийского хомяка при заражении лентецом чаечным / О. Е. Мазур, Л. В. Толочко // Материалы Всероссийской конференции молодых ученых, Улан-Удэ (Россия), 24-27 апреля 2007 г. – Улан-Удэ : ГУЗ РЦПМ МЗ РБ. – 2007. – С. 266 - 267.

5. Мазур О. Е. Гематологические и иммунологические характеристики птенцов серебристой чайки (*Larus argentatus*) при экспериментальном заражении *Diphyllbothrium dendriticum* (Cestoda: Pseudophyllidae) / О. Е. Мазур, Н. М. Пронин, Л. В. Толочко // Известия РАН. Серия биологическая. – 2007. – № 4. – С. 420 - 427.
6. Пронин Н. М. Паразиты рыб и других гидробионтов, опасные для человека / Н. М. Пронин // Проблемы общей и региональной паразитологии. – Улан-Удэ : БГСХА. – 2000. – С. 134 - 141.
7. Пронина С. В. Гистопатологические изменения в печени котят *Felis catus* при экспериментальном заражении *Diphyllbothrium dendriticum* (Nitzsch, 1824) (Pseudophyllidae: Diphyllbothriidae) / С. В. Пронина, О. Е. Мазур, Л. В. Толочко // Вестник бурятского государственного университета. Биология, география. – Улан-Удэ : Изд-во Бурятского государственного университета. – 2008. – Вып. 4. – С. 201 - 204.
8. Тотолян А. А. Клетки иммунной системы / А. А. Тотолян, И. С. Фрейдлин. – СПб : Наука. – 2000. – 231 с.
9. Genth E. Immunologie der Magen-Darm-Mucosa // Therapiewoche. – 1985. – vol. 35. – № 43. – P. 4973-4974, 4976, 4978 – 4981.
10. Pabst R. Der Verdauungstrakt als Immunorgan-anatomische and physiologische Grundlagen // Auerologie. – 1984. – vol. 7. – № 7. – P. 246 – 252.

УДК 616-036.22 (075.8)

АНАЛИЗ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ ГАФФСКОЙ БОЛЕЗНИ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ

Качина Е. А., Комарова Е. В.

*Бурятский государственный медицинский университет
Кафедра госпитальной хирургии медицинского факультета
Территориальный центр медицины катастроф РБ*

**Научные руководители: к.м.н., ст. преп Бальхаев М. И.,
зав. ОДО ТЦМК РБ, врач высшей категории Лазарев А. Я.**

Алиментарно-токсическая пароксизмальная миоглобинурия (Гаффская болезнь, Юковско-Сартланская) – острое заболевание, возникающее в виде отдельных вспышек среди населения рыбацких поселков и проявляющееся поражением мышц и почек. Токсин, вызывающий данное заболевание, не выявлен, но известно, что он термостабилен и жирорастворим. Впервые вспышка алиментарно-токсической миоглобинурии отмечена в 1924 г. в Восточной Пруссии среди жителей побережья Балтийского моря — опресненного залива Фришес Гафф (Гаффского залива). В последующем оно отмечалось там же в 1927—1928, 1932—1933 и в 1939—1940 гг. В 1934—1936 гг. в Ленинградской области зарегистрирована Гаффская болезнь среди населения, проживающего в районе Юковского озера. В 1942 г. в Швеции отмечены случаи Гаффской болезни среди прибрежного населения озера Имсен в провинции Скарборг. В 1946—1948 гг. вспышки Гаффской болезни имели место в Западной Сибири в районе озера Сартлан Новосибирской области. Аналогичные заболевания наблюдались в 1947 г. в Карельской АССР среди населения района Укшозеро. В 2000 г. в районе поселка Нирманово Тюменского района. Летом 2008 г. в Республике Бурятия зафиксировано 14 случаев Гаффской болезни и 1 случай в январе 2009 г.

Изучению этого заболевания посвящены исследования В. Е. Ласкина, Л. А. Баширина, З. В. Курочкина, А. А. Шаляева и др.

Удалось установить несомненную связь распространения заболеваний с потреблением некоторых видов рыбы, преимущественно хищных — щуки, окуни, судака и др., по неизвестным причинам приобретающих периодически токсические свойства. Установлена также несомненная связь возникновения заболевания с потреблением сушеной мелкой озерной рыбы. В Бурятии заболевание связано в основном с употреблением в пищу леща, пойманного на озере Котокель.

Патогенез данного заболевания достаточно не изучен. Считают, что термостабильное токсичное вещество, содержащееся главным образом в жировой ткани рыбы, попадая в организм человека, избирательно нарушает обмен веществ в скелетных мышцах, что проявляется утратой ими гликогена и накоплением молочной кислоты. В результате высвобождается миоглобин, который повреждает канальцевый эпителий почек. В тяжелых случаях это приводит к развитию острой почечной недостаточности. Токсическое вещество вызывает гибель домашних, диких животных (медведь, волк, кошка, собака).

Цель исследования. Изучить клинические проявления, уровень миоглобина, лабораторную функцию почек, печени, длительность лечения, влияние своевременности обращения за медицинской помощью на степень тяжести заболевания, оценить используемые методы лечения.

Методы исследования: ретроспективный анализ историй болезней за период с июля по август 2008 г. и январь 2009 г., анализ протокола патологоанатомического исследования. Всего зарегистрировано 15 пациентов, из которых пролечено в Прибайкальской ЦРБ 13 человек, госпитализировано в Республиканскую клиническую больницу им. Н.А. Семашко 12 человек, в Городской клинической больнице скорой медицинской помощи 1 человек.

Результаты. Всего зарегистрировано 15 больных, из которых 7 женщин, 8 мужчин в возрасте от 26 до 76 лет. Заболевание носит сезонный характер, преимущественно в летне-осенний период, однако, зарегистрирован один случай в зимнее время года. Клиническая картина развивалась через 18-24 часа после употребления рыбы, выловленной из озера Котокель, не зависимо от способа обработки (жаренная рыба, уха, соленая, копченая). За медицинской помощью обратились в первые трое суток 13 человек (86,6%), 1 человек (6,7%) на 5 сутки, 1 человек (6,7%) на 7 сутки. В зависимости от степени тяжести заболевания количество койко-дней составило от 5 до 35. Клиническая картина у большинства пострадавших однообразна. Слабость, недомогание, головная боль встречается в 100% случаев, урежение мочеиспускания в 60% случаев, потемнение мочи в 53% случаев, боли в мышцах, преимущественно в конечностях, пояснице в 93% случаев, затруднение дыхания в 20% случаев, потливость - 33%, повышение температуры - 13%. Средняя степень тяжести заболевания наблюдалась у 6 человек, среди которых с поражением почек 4 человека, скелетной мускулатуры 3 человека, печени – 3 человека, ЖКТ – 1 человек. С тяжелой степенью тяжести находилось на лечении 9 человек, среди которых 6 человек с поражением почек, 3 человека с поражением периферической нервной системы, 1 человек с поражением скелетной мускулатуры, 3 человека с поражением печени, с поражением ЖКТ - 2 человека. В общем анализе крови увеличение лейкоцитов до 17×10^9 /л. СОЭ увеличено от 20 до 50 мм/ч. Зарегистрирован повышенный уровень миоглобина с 73 мг/мл до 461 мг/мл (при норме от 33 до 66 мг/мл). Общий билирубин в некоторых случаях достигал 25 ммоль/л (при норме 8,5-20,5 ммоль/л), креатинин повышен в среднем до 800 мкмоль/л (при норме 50-115 мкмоль/л), мочевины увеличена до 30 ммоль/л в среднем (при норме 4,2-8,3 ммоль/л). Повышение уровня АСТ до 190 (при норме до 40), АЛТ до 243 (при норме 30). Отмечается изменение окраски мочи (темная, красно-коричневая, бурая), кратковременная полиурия, сменяющаяся олигурией, выраженная протеинурия, зернистые и гиалиновые цилиндры, повышение уровня лейкоцитов в моче от 10 до 32 в п/зр, в некоторых случаях микрогематурия, удельный вес от 1002-1015 (при норме 1008-1026).

Один случай Гаффской болезни закончился летальным исходом. Мужчина заболел 03.08.08, появилась резкая слабость в конечностях, боли в мышцах, изменился цвет мочи до черного. Накануне употреблял в пищу рыбу с о. Котокель и спиртные напитки. Был госпитализирован сначала в ЦРБ, затем в РКБ. При поступлении состояние тяжелое, тяжесть состояния была обусловлена ОПН, азотемией. По лабораторным данным увеличение количества лейкоцитов до 16,4, СОЭ 5 мм/ч, удельный вес 1030, большое количество эпителия и эритроцитов, билирубин 15,4, мочевины 34,9 ммоль/л (при норме 4,2-8,3 ммоль/л), креатинин 661,4 (при норме 50-115 мкмоль/л). По результатам клинико-лабораторных исследований: миоцит, не исключается дистрофия миокарда, ОПН, ст. олигурии, ОДН. Концентрация мочевины в крови трупа равна 28,3 ммоль/л (норма для трупной крови находится в пределах 3-8 ммоль/л. Концентрация метгемоглобина в крови 16,6% (при норме до 1%). На основании патологоанатомического, гистологического и судебно-химического исследований трупного материала, у мужчины, 46 лет, установлено отравление пестицидами из группы производных карбаминовой кислоты – Севин и ТМТД (по данным судебно-химического исследования почки и печени № 2503). При патологоанатомическом исследовании выявлены явления застойного полнокровия, паренхиматозная дистрофия внутренних органов, в просвете канальцев почек обнаружены эозинофильные и коричневого цвета включения, признаки ДВСК синдрома.

Все больным проводилась дезинтоксикационная терапия путем инфузии глюкозы, изотонического раствора, для улучшения реологических свойств крови применялся трентал, эуфиллин, витаминотерапия – применение витамина Е, В1, В6, аскорбиновая кислота. По показаниям применялись: но-шпа, гептрал, энтеросгель, церукал. Проводилась антибиотикотерапия Цефотоксимом, Цефтриаксоном. Для стимуляции диуреза вводился лазикс. Из числа госпитализированных 6 заболевшим проводился гемодиализ по стандартной методике. В течение олиго-анурического периода больным проводилось от 8 до 10 подключений к аппарату искусственной почки. После которого уровень креатинина составил 145 ммоль/л, уровень мочевины – 6,9 ммоль/л.

На территории Гремячинского и Туркинского поселения распоряжением Руководителя Прибайкальской районной администрации № 171 от 07.08.08. введен режим ЧС. Проведено 6 заседаний КЧС района и 5 заседаний оперативного штаба. 07.08.08. получено предписание Управления ветеринарии по Республике Бурятия о запрете промыслового и любительского лова рыбы и усиление контроля по недопущению браконьерского лова на оз. Котокель, на основании которого издан приказ за № 81 от 08.08.08. о запрете промышленной добычи водных биоресурсов. Подключены средства массовой информации.

Выводы. Заболевание связано с употреблением зараженной рыбы. Приобретение ядовитых свойств неядовитыми рыбами вероятно связывается с изменением свойств и характера фитопланктона, который вырабатывает карбаминовую кислоту. Возникновение заболевания в зимнее время года связываем с термостабильностью токсина. По результатам нашего исследования Гаффская болезнь регистрировалась как у мужчин, так и у женщин в разных возрастных группах. Основными клиническими признаками явились слабость, недомогание, головная боль, задержка мочи, мышечные боли в конечностях и пояснице. При тяжелой степени заболевания количество койко-дней составило 20 дней, при средней степени 14 койко-дней. Своевременность обращения за медицинской помощью на степень тяжести не влияла. Применяемые методы лечения оказались эффективными. По показателям анализов крови, мочи наблюдается восстановление уровня лейкоцитов, СОЭ, билирубина, мочевины, креатинина, АСТ, АЛТ к норме. В лаборатории паразитологии и экологии гидробионтов ИОЭБ СО РАН ведутся экспериментальные работы, посвященные Гаффской болезни. Заболевание приводит к нарушению жизнедеятельности населения озера Котокель и приводит к большим материальным затратам. Данное заболевание требует дальнейшего изучения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алиментарно-токсическая миоглобинурия // Клиническая медицина № 10. – 1987. – №10. – С. 97-99.
2. Клинико-морфологические исследования при алиментарно-токсической миоглобинурии // Бюллетень сибирского отделения Академии медицинских наук СССР. – 1989. - №1. С. 12-17.
3. Поражение при алиментарно-токсической пароксизмальной миоглобинурии // Терапевтический архив. – 1985. - №10. – С. 12-15.
4. Патологическая морфология Сартланской болезни. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Томский государственный институт. – Новосибирск. – 1953.

УДК 361.1:616-053.31

ВЛИЯНИЕ АБОРТА МАТЕРИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

Каюмов Х. Н., Намозова Х. Ж.

*Бухарский государственный медицинский институт им. Авиценны
Кафедра пропатоологии*

Проблема аборта в последние десятилетия проблема наибольшей активности в связи с тем, что до сих пор во многих странах мира аборт продолжает оставаться основным средством регуляции рождаемости. Известно, что прерывание беременности путём искусственного аборта нередко осложняется развитием воспалительных заболеваний половых органов, эндометриоза, патологии шейки, функциональных нарушений репродуктивной и эндокринной системы, дисгормональных изменений молочных желез и неблагоприятное влияние на состояния развитие и здоровья детей рождающихся из последующих беременностей. В связи с этим разработка и внедрения медико-социальных мероприятий в селях профилактики повторных абортотворений и по планирование семьи является из важных задач практического здравоохранения.

Целью работы явилось изучение социально-гигиенических аспектов состояния здоровья детей, родившихся после аборта их матерей.

Материалы и методы: Исследование проводилось по анализу историй болезни матерей, родившихся в Бухарском городском родильном доме. Обследованные разделены на две группы: в основной группе количество обследованных детей 37, родившихся после аборта. В качестве контрольной группы взяты 46 детей, родившихся без аборта. Возраст матерей, родивших детей после аборта: 20-24 года - 21,6%, 25-29 лет - 51,4%, 30-34 лет - 18,9, 35-39 - 8,1%. В контрольной группе возраст матерей, родившие дети без аборта, составил: до 19 лет -6,5%, в 20-24 года - 54, 3%, в 25-29 лет -26,1%,

в 30-34 года - 8,7%, в 35-39 лет - 4,3%. Образование матерей в обследуемой группе следующее: у 81,1% матерей образование среднее, у 10,8% - среднее специальное, у 8,1% - высшее. В контрольной группе были получены следующие данные: у 73,9% - среднее, у 13,0% - среднее специальное, у 13% - высшее. Если взять заболевания, которыми страдали роженицы, то были получены следующие данные: 43,2% женщин здоровые, у 54% женщин - малокровие, у 2,7% - преэклампсия, у 2,7% - диффузный зуб. В контрольной группе эти данные составили: 28,3% женщин здоровые, у 67,4% - малокровие, у 4,3% женщин было выявлено преэклампсия. Из анамнеза обследованных матерей, видно, что у женщин фертильного возраста до 19 лет аборт не зафиксирован, у женщин 20-24 лет аборт в два раза меньше, а у женщин 25-29 лет аборт зафиксирован в два раза больше, у женщин свыше 30 лет также наблюдается тенденция к увеличению числа абортов. Разница в образовании женщин-рожиц не наблюдалась. При изучении болезней у женщин исследуемой группы рождаемость у здоровых женщин была в 1,5 раз больше по сравнению с контрольной группой, а увеличение заболеваемости наблюдалось в контрольной группе. В исследуемой группе женщин с первой беременностью не оказались, женщины со второй беременностью составили 13,5%, с третьей - 51,4%, с четвертой - 27%, с пятой - 8,1%. В контрольной группе эти цифры составили - 63%, 17,4%, 17,4%, 2,2%, и 0%. В исследуемой группе 27% женщин имеют одного ребенка, 43,2% - двух детей, 29,7% - трех детей. Свыше трех детей в данной группе не встречалось. В контрольной группе эти цифры составили: 63%, 17,4%, 17,4%, 2,2%, 0%. При изучении состояния родов ребенка было выявлено, что 21,6% детей были рождены преждевременно, из этого числа рожденные в последующий год после аборта составляют высокий показатель (37,5%), 5,4% детей родились с травмами, 2,7% - роды ребенка в поперечном положении, с преэклампсией, с кесарева сечением, с оттоком родовых вод, недоношенными; 59,5% - родились без патологий. В контрольной группе преждевременные роды составили 13%, переношенные дети, с оттоком родовых вод и преэклампсией составили 4,3%. В исследуемой группе число новорожденных с весом менее 2,5 кг составило 5,4%; 2,5-3,5 кг - 70,3%, 3,5 и более кг - 24,3%. В контрольной группе эти цифры соответственно составили: 0%, 60,9%, 39,1%. После рождения ребенка количество койко-дней проведенных матерями в родильном доме один и два дня, а затем выписанные домой, в исследуемой группе не учитывалось. Выписанные через 3 дня составили 35,1%, через 4 дня-32,4%, через 5 дней-16,2%, через 6 дней -2,7%, через семь дней- 5,4%, через восемь дней -5,4%, через десять дней- 2,7%. В контрольной группе эти цифры составили соответственно: 0%, 0%, 6,5%, 52,2%, 23,9%, 8,7%, 8,7%, 0%, 0%, 0%. Дородовое проведение матерями в родильном доме в исследуемой группе составило: 1 день - 62,3%, 2 дня - 27%, 3 дня - 5,4%, 4 дня - 5,4%. В контрольной группе эти цифры составили соответственно: 73,9%, 13%, 6,5%, 0%, 2,2%.

Таким образом, если дети, рожденные от первой и второй беременностей в контрольной группе составляют большинство, то в исследуемой группе высокие показатели, по причине абортов, приходится на третью беременность. В зависимости от того, каким по счету родился ребенок в семье, в контрольной группе высокие показатели - первый ребенок, в исследуемой группе - это второй и последующие дети. В контрольной группе 73,9% детей родились без патологии, а в исследуемой группе родились здоровыми 59,5% детей. Возможно, на беременность оказали влияние последствия абортов. В контрольной группе женщины родившие ребенка с весом 2,5кг не учитывались, но родившие с весом свыше 3,5 кг на 15% выше по сравнению с исследуемой группой. После рождения ребенка, матери выписанные домой через 1 и 2 дня в общих экспериментальных группах не учитывались. Количество родильниц в исследуемой группе проводивших в роддоме 8-10 дней составило 8,1%, то в контрольной группе этого не наблюдалось. Это можно объяснить наличием серьезных проблем при родах с детской патологией у исследуемой группы. Чем меньше срок дородового пребывания женщины в родильном доме, тем лучше протекает беременность. Эти показатели намного выше у женщин контрольной группы, у них беременность в большинстве случаев протекала в норме.

Выводы. Чем больше сроки от аборта до беременности, тем лучше показатели здоровья матери и ребенка.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Савченко Ю.И., Лобнычев К.С. Очерки физиологии и морфологии функциональной системы мать-плод. М: Медицина; 1980; 254 с.
2. Логвинова И.И., Емельянова Е.С. Факторы риска рождения маловесных детей, структура заболеваемости, смертности. Российский педиатрический журнал 2000; 3: 50-52.
3. Вельтищев Ю.Е. О стратегии и приобретенных направлениях в педиатрии. Росс вестник перинатологии и педиатрии 1994; 1: 2-8.
4. Schwartz R.S. Immune response genes of the murine MHC. Adv Immunol 1986; 38: 31-35.
5. Сивочалова О.В. Профессиональные вредности родителей и состояние здоровья новорожденных и детей раннего возраста. Педиатрия 1995; 4: 64-66.

УДК 612.766:371.71

РАБОТОСПОСОБНОСТЬ СТУДЕНТОВ КРАСГМУ В НАЧАЛЕ И В КОНЦЕ РАБОЧЕЙ НЕДЕЛИ

Квардакова Т. А., Коневши Ю. Н., Бабанин Е. С.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра физиологии*

Научный руководитель: к.м.н., асс. Толмачева Т. В.

Работоспособность человека при выполнении разного рода деятельности, методы ее оценки и способы ее поддержания являются достаточно актуальным направлением в физиологии труда [2,3]. Уровень работоспособности студентов в течение недели претерпевает определенные изменения, которые, безусловно, отражаются на восприятии учебной информации и их успеваемости. На изменение функционального состояния студентов оказывают влияние не только факторы основной учебной нагрузки, но и дополнительные – вредные привычки, режим жизни, питания и другие [1]. Эти факторы изменяют параметры всех систем организма, в том числе и анализаторных.

Цель работы: Выявить особенности функционального состояния параметров анализаторных систем у студентов в начале и конце рабочей недели.

Задачи:

1. оценить функциональное состояние некоторых параметров зрительного и слухового анализаторов у студентов в начале и конце рабочей недели;

2. определить наличие взаимосвязи параметров анализаторных систем с полом, режимом жизни, вредными привычками студентов;
3. соотнести динамику параметров анализаторных систем в течение недели с субъективным самочувствием студентов.

Объект и методы исследования. Объектом исследования являлись студенты КрасГМУ, средний возраст которых составил $20,2 \pm 1,7$ лет (11 девушек и 14 юношей).

Методы исследования. Оценка состояния анализаторных систем складывалась из результатов обследования двух анализаторов: зрительного и слухового. Состояние зрительного анализатора оценивалось по порогу электрической чувствительности сетчатки (ЭЧС), которое производилось с помощью электроофтальмостимулятора «Диагност». Функциональное состояние слухового анализатора оценивалось с помощью камертонального исследования слуха, которое производилось двумя камертонами: басовым (с частотой звучания 128 Гц) и дискантовым (с частотой звучания 2048 колебаний в секунду). Оценка состояния слуха камертонами производилось: 1) качественно - на основе сравнения восприятия их по воздуху и височной кости, а также у обследуемого и обследующего, 2) количественно - по продолжительности восприятия их звучания в секундах. Проба Ринне, проводилась с помощью камертона с частотой звучания 128 Гц.

Перед началом оценки результатов производился опрос о характере и режиме дня, питания, вредных привычках, физических нагрузках, условий проживания и субъективной оценки своего состояния. Полученные результаты заносились в базу данных и статистически обрабатывались.

Обобщенные данные о динамике исследуемых параметров анализаторных систем студентов 2 курса КГМУ в начале и конце учебной недели приведены в таблице 1.

Таблица 1

Сводная таблица исследования функционального состояния анализаторных систем в начале и конце рабочей недели

Параметр анализаторной системы		Характер изменения
Зрительный анализатор	Порог электрической чувствительности сетчатки глаза	↑
Слуховой анализатор	Проба Ринне	-
	Продолжительность восприятия камертона с частотой звучания 128Гц при воздушной проводимости звука	↑
	Продолжительность восприятия камертона с частотой звучания 128Гц при костной проводимости звука	-
	Продолжительность восприятия камертона с частотой звучания 2048Гц при воздушной проводимости звука	↓

условные обозначения: (-) - параметр оставался стабильным (изменение не более 5%); ↑ параметр имел тенденцию увеличению (более 5%); ↓ параметр имел тенденцию к уменьшению (более 5%).

Как показывает нам таблица 1, оставались достаточно стабильными в течение учебной недели проба Ринне и продолжительность восприятия камертона с частотой звучания 128Гц при костной проводимости звука. Имели тенденцию к изменению в течение учебной недели порог ЭЧС и продолжительность восприятия камертонов с частотой звучания 128Гц и 2048 Гц при воздушной проводимости звука.

Изменение порога электрической чувствительности сетчатки глаза у студентов в начале и конце рабочей недели отражено в таблице 2.

Таблица 2

Особенности состояния порога электрической чувствительности сетчатки глаза у студентов в начале и конце рабочей недели

параметр	Начало недели	Конец недели
Порог ЭЧС, мкА	$63,20 \pm 12,49$	$83,60 \pm 14,60$

Как видно из таблицы 2 порог ЭЧС у студентов в начале и конце рабочей недели имел тенденцию к увеличению, так в начале недели порог указанного параметра составил $63,20 \pm 12,49$ мкА, а к ее окончанию - $83,60 \pm 14,60$ мкА. Похожая тенденция к изменчивости в течение учебной недели у студентов наблюдалась для продолжительности восприятия камертона с частотой звучания 128Гц при воздушной проводимости звука (таблица 3).

Таблица 3

Особенности состояния продолжительности воздушного восприятия камертона с частотой звучания 128 Гц (С128) у студентов в начале и конце рабочей недели

параметр	Начало недели	Конец недели
С128, секунд	$41,98 \pm 8,14$	$48,06 \pm 9,33$

Продолжительность восприятия камертона с частотой звучания 128Гц при воздушной проводимости звука у студентов в начале учебной недели составила $41,98 \pm 8,14$ секунд, в конце недели - $48,06 \pm 9,33$ секунд.

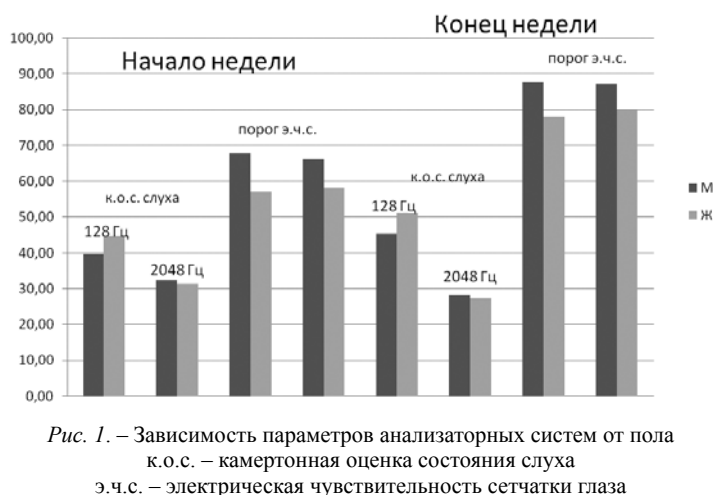
Противоположная тенденция к изменчивости наблюдалась для продолжительности воздушного восприятия камертона с частотой 2048 Гц (таблица 4), который в начале учебной недели составлял $32,05 \pm 3,61$ секунд, в конце - $27,96 \pm 3,19$ секунд.

Особенности состояния продолжительности воздушного восприятия камертона с частотой звучания 2048 Гц (С2048) у студентов в начале и конце рабочей недели

параметр	Начало недели	Конец недели
С2048, секунд	32,05±3,61	27,96±3,19

Таким образом, в течение недели наблюдается тенденция к изменению указанных параметров анализаторных систем, что может быть следствием влияния учебной нагрузки на организм студентов и снижения их работоспособности.

Проанализируем особенности параметров анализаторных систем в течение рабочей недели у лиц мужского и женского пола (рисунок 4).



Как видно из рисунка 1 как у лиц женского, так и мужского пола исследуемые параметры анализаторных систем имели однонаправленный характер изменчивости к концу недели. Более выраженная тенденция к изменению порога ЭЧС наблюдалась у лиц женского пола. Так, порог ЭЧС у лиц женского пола в начале недели составлял $57,27 \pm 10,24$ мкА, к окончанию недели – $78,18 \pm 12,41$ мкА (изменение параметра на 36,5%). У лиц мужского пола порог ЭЧС в начале недели находился в пределах $67,86 \pm 11,21$ мкА, в конце – $87,86 \pm 10,25$ мкА (изменение параметра на 29,5%). Для остальных исследуемых параметров анализаторов степень изменчивости была приблизительно одинаковой.

Анализ исследуемых параметров анализаторов с учетом влияния на них вредных привычек (курение, употребление алкоголя) не выявил достоверных различий среди курящих-некурящих, употребляющих алкоголь-неупотребляющих алкоголь в течение недели, что может говорить о том, что студенты КГМУ ведут относительно здоровый образ жизни, и наличие в их жизни вредных привычек не оказывает влияния на состояние исследуемых параметров. Это может быть связано с небольшим стажем курения и употребления алкоголя.

Сравнительный анализ динамики субъективного самочувствия по 10-бальной шкале показал, что в начале недели студенты свое самочувствие оценивали на $7,82 \pm 0,88$ баллов, а к концу учебной недели – на $5,34 \pm 0,74$ балла. Указанные результаты позволяют говорить о снижении работоспособности студентов к окончанию рабочей недели.

Выводы: Оценка некоторых параметров анализаторных систем в начале и конце рабочей недели у студентов КГМУ показывает, что наблюдается тенденция к изменению порога ЭЧС, продолжительности воздушного восприятия камертона с частотой звучания 128 Гц и 2048 Гц.

Анализ параметров исследуемых параметров анализаторов с учетом пола, вредных привычек, режима жизни и питания не показал существенных отличий.

Оценка субъективного самочувствия студентов показала, что наблюдается ухудшение самочувствия к окончанию учебной недели. Соотношение изменений порога ЭЧС и субъективного самочувствия студентов в течение недели показало, что наблюдалось изменение указанных параметров на 31,7% и 32,3% соответственно, что может свидетельствовать о снижении работоспособности студентов к концу учебной недели..

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Марченко Д. В. Гигиеническая оценка влияния условий обучения на функциональное состояние организма (на примере курсантов факультета пожарной безопасности): Автореф. дис.... канд. мед. наук / Д.В. Марченко. – Омск, 2002. – 20 с.
2. Матюхин В. В. Умственная работоспособность с позиции теории о функциональных системах / В.В. Матюхин // Медицина труда и пром. экология. – 1993. - №3-4. – С. 28-31.
3. Навакатиюк А. О. Актуальные проблемы физиологии и патофизиологии умственного труда / А.О. Навакатиюк // Медицина труда и пром. экология. – 1994. - №11. – С. 17-20.

ЗНАЧЕНИЕ ОКСИДА АЗОТА ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПРИДАТКОВ МАТКИ**Кельберг В. Г., Головизина И. М., Дровалева Е. А., Харикян Ж. А.***Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета, патологической физиологии***Научные руководители: к.м.н., доц. Макаренко Т. А., асс. Зобова С. Н.**

Воспалительные процессы в придатках матки на протяжении многих лет занимают одно из первых мест в структуре гинекологических заболеваний и являются одной из главных причин нарушения репродуктивной функции, а также снижения трудоспособности женщин [5]. В связи с недостаточной эффективностью традиционной консервативной терапии от 30 до 46% больных подвергаются радикальным хирургическим вмешательствам. В последние годы, в связи с ростом числа воспалительных заболеваний, все большее внимание уделяется поиску оптимальных путей решения проблем, связанных с воспалением. Выраженное «омоложение» заболевания обуславливает особую актуальность проблемы рационального консервативного (органосохраняющего) лечения этих больных [4].

В настоящее время проводится большое количество исследований, направленных на выявление роли эндотелиальных факторов в генезе патологических процессов, как типовых, так и частных [6]. Это связано с важностью основных функций эндотелия, направленных на регуляцию сосудистого тонуса, адгезии лимфоцитов и воспалительных реакций, поддержание баланса между тромбозом и фибринолизом, а так же участие в процессах перекисного окисления липидов мембран [2]. В ряду эндотелиальных факторов особое внимание уделяется оксиду азота. Патогенетическую основу его токсического действия составляет сопряженная реакция оксида азота с супероксидным анион-радикалом, результатом которой является образование пероксинитрита [8]. Цитотоксический потенциал пероксинитрита включает инактивацию метаболических путей, повреждение клеточных структур, белка, мутацию ДНК, нарушение экспрессии генов, нарушение функции печени, легочную гипертензию, нейтрофильную инфильтрацию в легких, апоптоз [7]. Вместе с тем, гиперфункция индуцибельной формы NOS прежде всего обеспечивает антимикробную защиту организма [1]. Все это вызывает большой интерес к изучению роли оксида азота в патогенезе воспалительных заболеваний органов малого таза.

Цель исследования: комплексная оценка генерации оксида азота лейкоцитами и провоспалительных цитокинов в периферической крови в норме и при гнойно-воспалительных заболеваниях придатков матки. Для достижения поставленной цели решались следующие задачи:

1. Оценить уровень оксида азота в периферической крови и интенсивность его генерации лейкоцитами при гнойно-воспалительных заболеваниях органов малого таза у женщин репродуктивного возраста.
2. Оценить интенсивность экспрессии провоспалительных цитокинов (ИЛ1, ИЛ6, α ФНО, γ ИФН) в периферической крови при гнойно-воспалительных заболеваниях придатков матки у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы: Исследование концентрации оксида азота в периферической крови производили методом, основанным на способности омедненного кадмия восстанавливать нитрат-ионы до нитрит-ионов, с последующим определением концентрации нитрит-ионов с помощью реактива Грисса «Sigma». Для осаждения белков к 1 мл плазмы добавляли 1 мл 0,12 М раствора натриевой щелочи (NaOH) и 4 мл сульфата цинка (ZnSO₄) в концентрации 5,4 г/л и нагревали в течение 6 мин на кипящей водяной бане. Затем пробу охлаждали и фильтровали через обеззоленный бумажный фильтр. В пробирку для редуктора наливали 1,8 мл фильтрата, добавляли 0,2 мл аммонийного буфера (pH=9), помещали редуктор и перемешивали в течение 5 мин на магнитной мешалке при комнатной температуре со скоростью вращения 150-200 оборотов в минуту. По истечении указанного времени к 2 мл готового образца добавляли 2 мл 0,6 % реактива Грисса. Оптическую плотность определяли фотоколориметрически (КФК-2) при длине волны 540 нм в кювете с длиной оптического пути 1 см относительно контроля, содержащего 2 мл дистиллированной воды и 2 мл реактива Грисса. Концентрацию нитрит-ионов рассчитывали с использованием калибровочного графика, который строили с помощью стандартных растворов нитрата калия (KNO₃).

С целью исследования концентрации оксида азота в периферической крови при ГВЗОМТ и генерации NO лейкоцитами было обследовано 39 женщин: группу исследования составили 24 пациентки с тяжелыми воспалительными заболеваниями придатков матки (группа А). Контрольная группа (группа В) состояла из 15 здоровых женщин с нормальной репродуктивной функцией. Возраст обследуемых 16-49 лет (средний возраст составил $27 \pm 1,9$). Всем пациенткам основной группы по поводу ГВЗОМТ было проведено оперативное лечение. Забор крови в объеме 8 мл из кубитальной вены у женщин группы А производили двукратно: при поступлении до хирургического вмешательства и антибактериальной терапии и при выписке после проведенного лечения. Женщин контрольной группы кровь тестировали однократно.

При исследовании генерации оксида азота лейкоцитами для эффективного предварительного отделения эритроцитов к 6 мл крови добавляли равный объем 4% суспензии декстрана-70, полученную разбавленную кровь оставляли на 40 мин при комнатной температуре. Верхний слой, богатый лейкоцитами, отбирали и разводили (1:1) 0,02 М фосфатным буфером, содержащим 20 мМ ЭДТА, центрифугировали при 200 g в течение 10 мин. Верхний слой, содержащий тромбоциты, удаляли. К осадку, загрязненному незначительным количеством эритроцитов, добавляли 10 мл фосфатного буфера (0,02 М), содержащего 0,15 М хлористый аммоний (NH₄Cl), и в течение 10 мин при 37°C проводили гемолиз эритроцитов. Лейкоциты осаждали центрифугированием при 400 g в течение 10 мин. Надосадочную жидкость удаляли, а к осадку добавляли 4 мл изотонического (0,15 М NaCl) фосфатного буфера (0,02 М) для удаления остатков гемолизирующего раствора и центрифугировали 10 мин при 200 g. Надосадочную жидкость удаляли. Чистота выделения лейкоцитов составила 98%. Жизнеспособность лейкоцитов определяли с помощью трипанового синего. Выделенные из крови лейкоциты разводили полной средой, состоящей из среды RPMI 1640 (без фенолового красного), 5% эмбриональной телячьей сыворотки, L-глутамин (2 мМ), гентамицин (80 мкг/мл), пенициллин (100 U/мл), стрептомицин (100 мкг/мл). Концентрацию лейкоцитов определяли в камере Горяева. Полной средой доводили концентрацию лейкоцитов до $1 \cdot 10^6$ клеток в 1 мл и в таком объеме суспензию лейкоцитов вносили в лунки плашки для культуры тканей с ячейками диаметром 16 мм. Плашку закрывали крышкой и помещали в термостат (37°C) на 15 ч [3]. После инкубации пробы центрифугировали 10 мин при 300 g. Концентрацию метаболитов оксида азота определяли по описанной ранее методике.

Интерлейкины определяли методом ИФА.

Результаты: При исследовании концентрации метаболитов оксида азота в периферической крови у женщин с осложненными формами гнойных заболеваний придатков матки было выявлено статистически значимое увеличение в 3,02 раза по сравнению с группой контроля ($P < 0,05$). Так, в момент поступления содержание NO в периферической крови составило $15,4 \pm 5,04$ мкМ/л, при выписке – $6,07 \pm 1,73$ мкМ/л. У женщин контрольной группы уровень оксида азота не превышал $5,1 \pm 3,12$ мкМ/л.

При исследовании продукции оксида азота лейкоцитами периферической крови у женщин группы А было выявлено статистически значимое увеличение в 1,8 раза по сравнению с контрольными данными ($P < 0,05$). При этом уровень продукции NO лейкоцитами у женщин с гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки составил $206,31 \pm 30,22$ мкМ/л, интенсивность генерации оксида азота лейкоцитами здоровых женщин не превышала $112,26 \pm 28,47$ мкМ/л ($P < 0,05$).

Наиболее высокие показатели NO были отмечены у пациенток с обострением хронического воспалительного процесса, и при развитии пельвиоперитонита ($273,1$ мкМ/л и $136,7$ мкМ/л соответственно).

При определении уровня цитокинов было выявлено достоверное увеличение концентрации ИЛ6 в 11,35 раза ($113,54 \pm 66,4$ пг/мл), α ФНО в 1,96 раза ($11,58 \pm 6,9$ пг/мл). Отмечено, что концентрация прочих цитокинов значимо не изменилась.

При анализе и сопоставлении полученных данных установлено, что наиболее высокие показатели ИЛ1, ИЛ6, α ФНО были у пациенток с высокой генерацией NO лейкоцитами.

Выводы: Проведенное нами исследование показало, что продукция оксида азота у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки достоверно выше, чем у здоровых женщин. Наиболее высокие цифры NO как в периферической крови, так и в лейкоцитах отмечены у пациенток с обострением хронического процесса, а также при осложненном воспалительном процессе гнойным пельвиоперитонитом. Выявлена высокая положительная корреляция высокой генерации NO при гнойно-воспалительных заболеваниях придатков матки и уровня провоспалительных цитокинов (ИЛ6 и α ФНО), что можно считать их важными маркерами воспалительного процесса, при этом они дают достаточно хорошее представление об интенсивности воспалительного процесса, а так же являются важными прогностическими критериями. К моменту окончания терапии значения NO у женщин группы исследования снижались до уровня здоровых женщин.

Таким образом усиление генерации оксида азота лейкоцитами периферической крови при гнойно-воспалительных заболеваниях придатков матки, несомненно, играет важную роль в патогенезе окислительного стресса. Фармакологическое влияние на процессы генерации оксида азота представляются более сложной проблемой, поскольку ингибирование активности индуцибельной синтазы оксида азота в большей или меньшей степени может отразиться на функциях эндотелиальной и нейрональной синтаз. Дальнейшие исследования роли оксида азота в патогенезе гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки, возможно, позволят разработать и внедрить новые консервативные методы лечения данной категории больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Виноградов, Н.А. Антимикробные свойства окиси азота и регуляция её биосинтеза в макроорганизме // Антибиотики и химиотер. – 1998. – № 2. – С. 24-29.
2. Голиков, П.П. Оксид азота в клинике неотложных заболеваний. – М.: ИД Медпрактика-М, 2004. – 180 с.
3. Голиков П.П., Николаева Н.Ю., Картавенко В.И. и др. Генерация оксида азота лейкоцитами периферической крови в норме и при патологии // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – 2003. – № 4. – С.11-13.
4. Евсеев А.А., Бочинская Л.Н., Протопопова Л.О. и др. Современные принципы диагностики и лечения острых воспалительных заболеваний придатков матки // Акуш. и гин. – 2003. – №2. – С.32-36.
5. Курбанова Д.Н. Воспалительные заболевания придатков матки. – Москва, «Медицина», 2007. – 94-97с.
6. Покровский, В.И. Оксид азота, его физиологические и патофизиологические свойства / В.И. Покровский, Н.А. Виноградов // Терапевт. арх. – 2005. – №1. – С. 82-87.
7. Реутов В.П. Проблема оксида азота в биологии и медицине и принцип цикличности: ретроспективный анализ идей, принципов и концепций. - М. – Едиториал УРСС, 2003. – 96 с.
8. Halliwell, B. Nitric oxide and peroxynitrite. The ugly, the uglier and not so good: a personal view of recent controversies / B. Halliwell, K. Zhao, M. Whiteman // Free Radic Res. – 1999. – V. 31. – P.651-658.

УДК 616.718.41-07-08-053.2

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПЕРТЕСА У ДЕТЕЙ

Киргизов К. И., Мутина Т. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра детской хирургии с курсом ПО*

Научный руководитель: асс. Дударев В. А.

Болезнь Пертеса (БП) относится к числу распространенных заболеваний опорно-двигательного аппарата и встречается от 0,17 до 1,9 % среди всей ортопедической патологии и составляет до 25,3% среди всех заболеваний тазобедренного сустава. Чаще этим недугом страдают дети от 4 до 10 лет. Для болезни Пертеса характерно длительное стадийное течение длительностью от 1,5 до 6 лет, приковывающее ребенка к постели или значительно ограничивающее его подвижность. При этом в стадии исхода отмечается большой процент грубых остаточных деформаций тазобедренного сустава, требующих оперативной ортопедической коррекции и приводящих к развитию коксартрозов [2, 3].

Проблема лечения БП сводится к неопределённости этиологии данной патологии и трудности ее ранней диагностики. В связи с этим отсутствует объективный патогенетический подход к лечению [1, 5].

В литературе не освещен вопрос динамики внутрикостного давления (ВКД) в головке бедренной кости в норме и влияния повышенного ВКД на выраженность структуральных изменений в кости в зависимости от возраста ребенка, времени установления диагноза и на начальных этапах лечения [3, 4].

Цель исследования: Оценить состояние органного кровообращения и функциональное состояние костной ткани у детей с болезнью Пертеса. Предложить разработанный способ регенерации костной ткани при асептическом некрозе головки бедренной кости и оценить его эффективность.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе детского хирургического стационара ГKB №20 города Красноярск. Был проведен анализ 61 истории болезни детей находившихся на лечении по поводу БП в период с 2002 по 2008 год. В работе использовалась классификация С.А. Рейнберга (1964), в которой учитываются фазы патогенеза заболевания и рентгенологическая картина. У 11 детей была I стадия заболевания, у 17 – II стадия и у 33 – III стадия БП. У всех детей поражение было односторонним. Распределение больных по полу было следующим: девочек – 9 (14,8%), мальчиков – 52 (85,2%) соотношение 1:5,8. Дети в возрастной группе 5-7 лет поступали в стационар чаще со II-III стадией заболевания (31 % и 44,9 % соответственно). Высокий процент заболевших с I-стадией регистрировался среди детей 8-12 лет и составлял 33,3%. Детей с IV и V стадией госпитализировано не было.

Детям проводилось рентгенологическое обследование, УЗИ-сканирование тазобедренного сустава с доплеровским картированием и компьютерное томографическое обследование. Ультразвуковое доплеровское исследование *a. circumflexa femoris medialis* и *v. circumflexa femoris medialis* проводилось с оценкой: 1) анатомических параметров сосудов ТБС (диаметра (*d*, в мм) артерии и вены); 2) максимальной линейной скорости кровотока (*V_{max}*, см в сек.), 3) минимальной линейной скорости кровотока (*V_{min}*, см в сек.), 4) с вычислением резистентного индекса периферического сопротивления (*RI*, в ед.).

Контрольная группа составила 36 человек (59%), лечение в этой группе производилось методом демпферной динамической разгрузки. Критерием для снятия аппарата при этом служило наличие у больного положительной динамики восстановления структуры костной ткани головки бедренной кости (ГБК). В исследуемую же группу вошли 25 детей (41%), которые были оперированы по предложенному нами методу напряженной реваскуляризации иглой оригинальной конструкции (Патенты РФ: «Способ стимуляции регенерации костной ткани», «Способ лечения асептического некроза головки бедренной кости и болезни Пертеса»).

Результаты. При анализе симптоматики определялись основные симптомы: боль в тазобедренном суставе (ТБС) умеренно выражена – у 39 детей (63,9%), выраженные боли в ТБС – у 7 человек (11,5%), боли в ТБС, возникающие после физической нагрузки – у 31 ребенка (50,8%), боли в ТБС, возникающие в покое или ночью – у 15 детей (45,5%), боли в коленном суставе пораженной нижней конечности – у 9 (14,7%), повышенная утомляемость – у 19 (31,1%) и хромота – у 31 (50,8%) ребенка с БП. Таким образом, чаще всего регистрировались жалобы на умеренные боли в ТБС. Болевой синдром носил непостоянный характер, чаще был выражен при физической нагрузке. Больше 1/3 детей жаловались на хромоту различной выраженности.

У детей с I стадией заболевания на первое место выходил болевой синдром, являющийся выражением повышения внутрисуставного и внутрикостного давления в острой фазе БП, приводящий к ограничению движений в ТБС различной степени выраженности, хромоте. Во II стадии заболевания на первое место выходит болевой синдром, возникающий после физической нагрузки. В III стадии БП симптомокомплекс отражал наличие выраженных структуральных изменений в ТБС, проявлявшихся в укорочении нижней конечности, положительном симптоме Тренделенбурга, болевом синдроме.

При помощи метода ультразвуковой доплерографии сосудов пораженного ТБС была получена информация о состоянии кровообращения и тяжести его нарушений при разных стадиях БП. Изменения доплерографических характеристик и индексов отмечены уже на I стадии заболевания. Наиболее выражены они во II стадии БП, когда имеется блок микроциркуляции в пораженном суставе, снижается тонус сосудистой стенки и развиваются застойные явления в венозном русле. В *a. circumflexa femoris medialis* изменения проявлялись в увеличении максимальной линейной скорости кровотока (*V_{max}*), снижении минимальных скоростных показателей (*V_{min}*), увеличении индекса резистивности (*RI*), диаметр артерии также уменьшался. В *v. circumflexa femoris medialis*, в свою очередь, уменьшались параметры *V_{max}*, *V_{min}*, *RI*, диаметр вены увеличивался. В III стадии сохранялись изменения *V_{max}* в сторону ее повышения, *V_{min}* в сторону ее снижения, повышение *RI* и уменьшение диаметра артерии, а также снижение *V_{max}*, *V_{min}* и *RI* в вене, и увеличение ее диаметра, однако, выраженность их уменьшалась по сравнению со II стадией, что косвенно могло указывать на окончание острых некротических явлений и преобладание склеротических и дегенеративно-дистрофических изменений, как в сосудистой стенке, так и в тканях ТБС. Полученные данные указывают на то, что изменения гемодинамики в области ТБС при БП играют одну из основных ролей в патогенезе остеонекроза.

По данным компьютерной томографии в области тазобедренного сустава при болезни Пертеса происходит снижение ширины артерий. Самое значительно сокращение (до 20%) просвета артерий наблюдалось при I стадии заболевания. Суммарный бассейн артерий в области пораженного тазобедренного сустава был на 29% меньше, чем при отсутствии заболевания.

При анализе данных, полученных при измерении ВКД в кости видно, что его величина зависит, как от стадии заболевания, так и от возраста детей. Так, у детей 8-12 лет регистрировались несколько более высокие цифры ВКД в каждой из стадий БП, по сравнению со значениями ВКД детей 4-8 лет. Так, в I стадии БП в группе детей 8-12 лет ВКД было на 20,0 Па выше, чем у детей 4-8 лет с той же стадией БП. Во II стадии заболевания у детей старшей группы значение ВКД было на 91,4 Па выше, чем у детей раннего возраста. Подобная картина наблюдалась и в III стадии БП.

25 детей с болезнью Пертеса были прооперированы по разработанной нами методике. При этом производилась туннелизация шейки бедра и остеоперфорации головки бедренной кости спицей Киршнера. Затем производилось 2 остеоперфорации метафиза и шейки до головки бедренной кости спицей Илизарова и 3-4 остеоперфорации мета-диафизарной части бедра пункционным методом. В головку бедра вводилась игла-датчик для снижения ВКД с краном и проводилось динамическое наблюдение за внутрикостным давлением в пораженной головке.

В последующем иглу с краном и тоннель в шейке и головке бедренной кости промывали гепаринизированным 0,9% раствором NaCl (0,1 мл гепарина на 3,0-5,0 мл физиологического раствора).

Данный метод позволял стойко блокировать венозный стаз и процессы местного тромбообразования в пораженном эпифизе и шейке бедра, что приводило к улучшению артериального кровотока в зоне асептического некроза и значительному ускорению регенерации костной структуры.

В послеоперационном периоде в течение 15 дней 2 раза в сутки после измерения ВКД производилась активная аспирация содержимого ГКБ с понижением давления на 30% от исходного и повторным его измерением. Снижения и стабилизации ВКД на цифрах, ниже, чем на 30% от исходной величины до начала лечения, нам удалось достичь на 12-е сутки после имплантации иглы для снижения внутрикостного давления и усиления реваскуляризации патологической зоны. С 12-х по 15-е сутки после операции величина ВКД оставалась на цифрах ниже, чем на 30% от исходной величины до начала лечения и поэтому производился демонтаж иглы.

Выводы: При болезни Пертеса регистрируется повышение внутрикостного давления в головке бедренной кости. Оно зависит от возраста и стадии заболевания. У детей 8-12 лет величина ВКД при различных стадиях болезни Пертеса заметно выше, чем у детей 4-8 лет. Повышение ВКД в головки бедренной кости регистрируется уже в I стадии заболевания, увеличивается во II стадии и незначительно снижается в III стадии процесса.

При БП происходит снижение артериального притока в очаг поражения за счет уменьшения диаметра, тонуса и эластичности медиальной огибающей артерии бедра и повышения периферического сопротивления в афферентном звене кровотока, где возникает блок оттока за счет снижения тонуса, эластичности, увеличения диаметра медиальной огибающей вены бедра и снижения периферического сопротивления. Выраженность изменений нарастает в I-II стадиях заболевания, в III стадии, когда активность некротических процессов уменьшается, выраженность нарушений органного кровотока несколько снижается. Активность остеобластических процессов в костной ткани при болезни Пертеса снижается, при этом выраженность этих изменений напрямую зависит от стадии заболевания.

Предложенный нами метод хирургического лечения болезни Пертеса у детей, заключающийся в снижении ВКД на 30% от нормы, является эффективным способом оптимизации процессов репаративной регенерации костной ткани. В контрольной группе детей сроки восстановления органного кровотока были длительными, и составляли $2,8 \pm 0,3$ мес., в то время как в исследуемой группе детей, пролеченных с помощью метода запрограммированного снижения ВКД, восстановление гемодинамики в ГБК регистрировалось уже на 15-е сутки от начала лечения. Следовательно, запрограммированное снижение ВКД может явиться передовым методом лечения болезни Пертеса, позволяющим быстро восстановить эффективное кровообращение в очаге поражения и раньше начать восстановительное лечение и реабилитацию детей с данным заболеванием.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бергалиев, А.Н. Особенности состояния кровообращения и метаболизма костной ткани при болезни Легг-Кальве-Пертеса / А.Н. Бергалиев, В.И. Садофьева, А.И. Краснов // Патология крупных суставов и другие актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии: Матер. симп. детских ортопедов-травматологов в г. Ижевске. – СПб., 1998. – С.152-154.
2. Блинов А.В. Повреждения и заболевания тазобедренного сустава у детей // Актуальные вопросы хирургии, анестезиологии и реаниматологии детского возраста: Тез. докл. IX Рос. науч. студ. конф. по детской хирургии. – Уфа, 2002. – С.156.
3. Гафаров Х.З. Современное этиопатогенетическое обоснование лечения болезни Пертеса // Лечение детей и подростков с ортопедическими заболеваниями нижних конечностей. – Казань, 1995. – С.193-220.
4. Кровоснабжение тазобедренного сустава при остеохондропатии у детей / Мавыев Б.О., Дедова В.Д., Беляева А.А., Яновская С.К. // Ортопедия. Травматолог.-1985-№12-С 43-44
5. Компьютерно-томографическое исследование тазобедренных суставов при болезни Пертеса у детей / Х.З. Гафаров, И.Ф. Ахтямов, А.Я. Дудина, И.В. Рябов // Лечение и реабилитация детей инвалидов с ортопедической и ортопедо-неврологической патологией на этапах медицинской помощи. – СПб., 1997. – С.133.

УДК 616.379-008.64:616.8-07

РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПАЛЛЕСТЕЗИОМЕТРИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

Киселев И. А., Дарсавелидзе О. К.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра медицинской генетики и клинической нейрофизиологии ИПО*

Научный руководитель: д.м.н., проф. Шнайдер Н. А.

Актуальность проблемы: На сегодняшний день мире более 246 миллионов человек страдает сахарным диабетом. Диабетическая полиневропатия (ДПН) – второе по частоте осложнение этого заболевания, которое встречается в среднем у 20% взрослых больных. Ее распространенность зависит от длительности сахарного диабета. При длительности заболевания более 20-25 лет распространенность диабетической периферической полинейропатии повышается до 55-60% в популяции лиц, имеющих развернутую клиническую картину заболевания. Прогрессирование ДПН приводит к ограничению трудоспособности и может стать причиной тяжелой инвалидизации больных сахарным диабетом. Около 40% случаев диабетической нейропатии, включая синдром диабетической стопы, возникает на стадии пре-диабета, когда диагноз сахарного диабета еще не установлен. Данное осложнение может развиваться бессимптомно в течение долгого времени, поэтому очень важно диагностировать ДПН на более ранних стадиях. Эту задачу помогает решить комплексный подход к диагностике, включающий полимодальное исследование поверхностных (температурной, болевой, тактильной) и глубоких (мышечно-суставной, вибрационной) видов чувствительности. Определение нарушения вибрационной чувствительности, как одного из первых маркеров начинающихся невропатических осложнений, представляет наибольший интерес на стадии, когда другие клинические и параклинические признаки в виде нарушения поверхностных видов чувствительности, ещё отсутствуют. Пациентам же с имеющимся диагнозом ДПН вибротестирование позволяет уточнить тяжесть осложнения и прогноз.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе лаборатории нейрофизиологии кафедры медицинской генетики и клинической нейрофизиологии ИПО КрасГМУ в 2008 г. при поддержке внутривузовского гранта. Общая выборка составила 48 больных СД I типа, находившихся на стационарном лечении в отделении эндокринологии МУЗ ГБ № 6 им. Н.С. Карповича г. Красноярск, а также на амбулаторном наблюдении в Городском эндокринологическом центре г. Красноярск. Возраст - от 18 до 60 лет, средний возраст $31,75 \pm 12,69$ [95% ДИ: 21-40] лет. Распределение по полу и возрасту: мужчины – 28 человек (58,3%) (средний возраст – $32,79 \pm 12,65$ [95% ДИ: 21,5-41,5] лет), женщины 20 человек –

(41,7%) (средний возраст – $30,3 \pm 12,92$ [95% ДИ: 21-38] лет). Длительность СД варьировала от 1 месяца до 30 лет (средняя длительность $10,09 \pm 8,31$ [95% ДИ: 3,5-17] лет). Распределение СД 1 типа по степени тяжести: легкая – 0/48 (0 %), средняя – 25/48 (52,4 %), тяжелая – 23/48 (47,6 %) пациентов. Структура СД 1 типа по степени компенсации следующая: компенсация СД 1 типа – 11/48 (22,72%) пациентов, субкомпенсация – 29/48 (61,36%) и декомпенсация – 8/48 (11,36%) пациентов. Всем пациентам проводилось полимодальное исследование поверхностных и глубоких видов чувствительности. Для исследования вибрационного чувства впервые в России нами был использован метод компьютерного измерения с помощью аппарата «Вибротестер-MBN» ВТ-02-1 (МБН, Москва). При проведении компьютерной паллестезиометрии использовался широкий диапазон частот вибрации (8-500 Гц), предлагаемый фирмой-производителем. Уровень чувствительности измерялся в децибелах (от –21 дБ до +24 дБ на частотах 8, 16 Гц и 250, 500 Гц; от –21 дБ до +30 дБ на частотах 32, 64 и 128 Гц). Компьютерная виброграмма представляла собой графическое отображение данных об уровне чувствительности обследуемого на различных частотах вибрации.

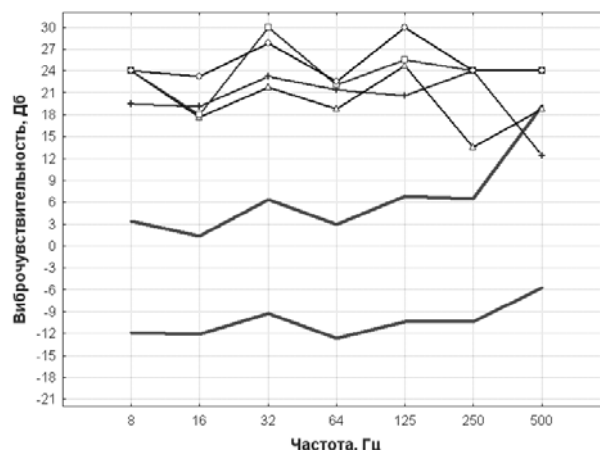


Рис. 1. – Виброграмма больного сахарным диабетом I типа с выставленным диагнозом диабетическая полиневропатия. Сплошными линиями обозначены границы нормы вибрационной чувствительности

Полученные результаты сравнивались с разработанными нормативными показателями компьютерной паллестезиометрии, определенными на основе обследования группы здоровых добровольцев. Возраст добровольцев варьировал от 19 до 30 лет. Обследовано 60 человек обоего пола, средний возраст составил $21,5 \pm 3,11$ [95% ДИ: 13 - 23] лет. Распределение по полу: 48,57 % -женщины (средний возраст $20,65 \pm 2,18$ [95% ДИ: 19 - 20] лет), и 51,43 % мужчины – (средний возраст – $22,33 \pm 3,66$ [95% ДИ: 19 - 24] лет). Перед проведением исследования проводился тщательный отбор и неврологический осмотр обследуемых для исключения неврологической патологии.

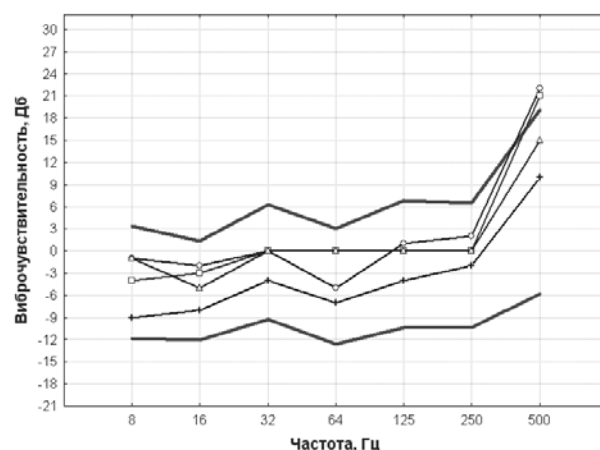


Рис. 2. – Виброграмма здорового добровольца. Сплошными линиями обозначены границы нормы вибрационной чувствительности

Результаты, их обсуждение: В процессе исследования с использованием методики компьютерного вибротестирования в сочетании с полимодальным исследованием чувствительности, ДПН была выявлена у 45/48 (93,8%) пациентов. В том числе диагноз выставлен впервые 17/48 (37,7%) пациентам со стажем СД от 2 месяцев до 12 лет. У 8/17 (47,1%) пациентов ДПН была установлена именно при помощи компьютерной паллестезиометрии при отсутствии клинической симптоматики. У 9/17 (52,8%) больных, несмотря на наличие клинической симптоматики, диагноз ДПН ранее установлен не был. По данным полимодального исследования чувствительности 17/45 (37,7%) пациентам выставлена легкая степень тяжести ДПН, 20/45 (44,4%) пациентам – средняя степень, у 8/45 (17,7%) пациентов ДПН определена, как тяжелая. Распределение ДПН по степени тяжести в зависимости от компенсации СД представлено в таблице 1:

Распределение больных ДПН в зависимости от компенсации заболевания

Степень тяжести нарушений вибрационной чувствительности	Компенсация Абс. (%)	Субкомпенсация Абс. (%)	Декомпенсация Абс. (%)
Легкая	6 (12,5 %)	11 (22,9%)	0
Средняя	4 (8,3 %)	12 (25 %)	4 (8,3%)
Тяжелая	1 (2,0 %)	5 (10,4 %)	2 (4,2 %)

Выводы.

1. Компьютерная паллестезиометрия является очень чувствительным методом, позволяя выявлять нарушения вибрационной чувствительности уже на ранних стадиях развития ДПН.
2. Тяжесть ДПН, так же как и тяжесть нарушений вибрационной чувствительности, по данным компьютерной паллестезиометрии, статистически значимо коррелирует с тяжестью и компенсацией СД 1 типа.
3. Метод компьютерной паллестезиометрии с использованием аппарата «Вибротестер – MBN» (ВТ-02-1, Россия) может быть рекомендован к широкому внедрению на уровне первичного звена здравоохранения РФ с целью ранней диагностики ДПН.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аметов А.С., Галеев И.В., Козлова Н.А., Строков И.А. Клиника диабетической невропатии // РМЖ. Эндокринология, инфекция, кардиология. – 1998. – Т. 6, № 12. – С. 12-18.
2. Балаболкин М.И. Диабетология // Медицина. - Москва, 2000. – 672с.
3. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Кремникова В.М. Новая классификация, критерии диагностики и показатели компенсации сахарного диабета // Терапевтический архив. – 2000. – № 10. – С.5-10.
4. Балаболкин М.И., Чернышова Т.Е., Трусов В.В., Гурьева И.В. Диабетическая нейропатия: Учебно-методическое пособие. - Москва, 2003. – 400с.
5. Дедов И.И., Шестакова М.В. Алгоритм специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. – Москва, 2002. – 62с.
6. Левин О.С. Полиневропатии: Клиническое руководство. – Москва, 2006. – 496с.
7. Прихожан В.М. Поражение нервной системы при сахарном диабете (основы нейродиабетологии) // Медицина. - Москва, 1981. – 296с.
8. Триумфов А.В. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. - Москва, 2004. – 264с.
9. Fabian W., Majkowska L., Stefanski A. et al. Prevalence of diabetes, antidiabetic treatment and chronic diabetic complications reported by general practitioners // Przegl. Lek. – 2005. – Vol. 62, № 4. – P. 201-205.
10. Grant J.A., O'Brien P., Dyck P. Neuropathy test and normative results // Diabetic neuropathy / Eds. P.J. Dyck, P.K. Thomas. – Philadelphia, 1999. – P. 123-134.

УДК 616.5-053.2:616-006.327-085

НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ КОНТАГИОЗНОГО МОЛЛЮСКА У ДЕТЕЙ**Климов В. А., Кудин И. Ю.**

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Городская клиническая больница № 20 им. И. С. Берзона
Кафедра детской хирургии*

Научный руководитель: асс. Дударев В. А.

Контагиозный моллюск - это вирусная инфекция, которая передается во время непосредственного контакта с больным или через предметы, которые были в его пользовании. Заболевание вирусной природы. Возбудителя относят к вирусам оспенной группы (Silverberg NB. 2004). Заболеть им могут как дети, так и взрослые. Разница состоит лишь в том, что если дети заражаются при прямых контактах: соприкосновение рук, грязные игрушки, с поражением любой части тела: лицо, руки, спина, ладони и слизистые оболочки, то у взрослых чаще другой путь передачи - половой. Инкубационный период составляет от 7 дней до нескольких недель. Пути передачи точно не установлены; чаще наблюдались вспышки среди детей, посещавших бассейны. А так как эта патология вирусного генеза, то в детских коллективах могут возникать эпидемии контагиозного моллюска. В отличие от многих других вирусных инфекций, распространенность контагиозного моллюска не зависит от географического региона, и вспышки заболевания могут наблюдаться во всех странах мира. Контагиозный моллюск может появиться в любом возрасте, но чаще болеют дети 3-7 лет, преимущественно мальчики. Заболевание обычно протекает асимптомно, иногда возникает зуд; вокруг некоторых папул может появиться экзематизация. В результате инфицирования на коже образуются маленькие полусферические плотные узелки телесной, желто-розовой или матово-бледной расцветки. Иногда они полупрозрачные и имеют блестящую поверхность. Со временем узелки увеличиваются, в их центре формируется пупкообразное углубление. Во время сжатия с обеих сторон пинцетом из нее выделяется кашицеобразная (жировидная) масса белого цвета. Диаметр узелка может достигать 5-7мм. Узелки могут сливаться, образуя конгломераты площадью до 2-3см, размещаться группами или иметь диссеминированный (распространенный) характер. В большинстве случаев количество папул не превышает 10-20, но иногда достигает нескольких сотен. При отсутствии лечения некоторые элементы контагиозного моллюска способны самостоятельно исчезать, однако одновременно происходит возникновение новых элементов на ранее не пораженных участках кожи (Макаров И.И. 2002).

Гистологическое исследование позволяет выявить акантотическое разрастание эпидермиса в виде овальных долек. В центре долек имеются щели с дистрофически измененными шиповатыми клетками, в протоплазме которых находятся включения вируса (Шапошников О.К. 1981).

Несмотря на то, что контагиозный моллюск можно вылечить в домашних условиях, делать этого не стоит по ряду причин:

- За контагиозный моллюск можно принять доброкачественное или злокачественное новообразование кожи, что в случае самолечения может резко усугубить течение процесса.
- Некоторые формы моллюска протекают совместно со СПИДом, что требует специального обследования и лечения.

По литературным данным основным методом лечения является выдавливание узелков пинцетом или выскабливание их ложечкой Фолькмана (с последующим прижиганием спиртовым раствором йода), криодеструкцию жидким азотом,

электрокоагуляцию и лазерную терапию (Kuykendall-Ivy TD, Johnson SM. 2003). Лечение контагиозного моллюска должно сочетаться с мерами по обеззараживанию его одежды, предметов постоянного обихода, детских игрушек, если болен ребенок (Bellew SG, Quartarolo N.2004).

За период с 2005 по 2007 год проведено обследование и лечение детей с контагиозным моллюском в возрасте 3-7 лет в количестве 23 человек: мальчиков - 19 (82%), девочек – 4 (18%).

Нами предложен способ лечения контагиозного моллюска: после обработки кожи и элементов высыпания, спиртовым раствором хлоргексидина 0,5%, проводилась вакуум экстракция узелков с последующей обработкой места экстракции 3% раствором перекиси водорода и 5% раствором перманганата калия. В течение последующих дней проводилась обработка 5% раствором перманганата калия 3-5 раз в день до полного заживления ранки. У всех детей проводили микроскопическое исследование узелков для дифференциации заболевания с доброкачественной или злокачественной опухолью кожи. При микроскопическом исследовании содержимого узелков обнаруживают ороговевшие клетки эпидермиса и большое количество своеобразных, типичных для этого заболевания овоидных (моллюсковых) телец. По данным гистологического исследования, включения формируются в базальных слоях эпителия. Они постепенно увеличиваются в размерах, оттесняют ядро в сторону и заполняют собой клетку.

Сроки лечения составили 5-7 дней в зависимости от количества элементов удаленного моллюска. У 3 больных потребовалась поэтапная вакуум экстракция из-за большого количества узелков (более 50 штук). Рецидивов заболевания и рубцовых изменений кожи не наблюдалось.

Таким образом, у детей данный способ лечения является малоинвазивным и не способствующим рецидивам заболевания, так как не нарушается целостность капсулы моллюска.

УДК 618.39:616-053.32

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

Клыпа Е. В., Потапова М. А.

*Красноярский государственный университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра акушерства и гинекологии ИПО*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Базина М. И.

Невынашивание - самопроизвольное прерывание беременности от зачатия до 37 недель. По определению ВОЗ, «изгнание или извлечение из материнского организма эмбриона или плода весом 500 г и менее» (это срок 20-22 недели, когда плод еще нежизнеспособен) считается самопроизвольным абортom или выкидышем, а позднее – преждевременными родами. Преждевременные роды следует разделить на три гестационных интервала: ранние преждевременные роды - 22-27 недель, преждевременные роды в 28-33 недели, преждевременные роды в 34-37 недель. Наиболее неблагоприятные исходы преждевременных родов наблюдаются в гестационном интервале 28-33 недели, так как в России ранние преждевременные роды пока относятся к поздним самопроизвольным выкидышам.

Большая часть недоношенных детей в сроке гестации 28-33 недели нуждаются в реанимационно-интенсивной помощи из-за развития РДС. Риски его развития у пациентов, родившихся при сроке гестации 28-33 недели, составляет 60%, в сроке 34-37 недель – 20%, более 37 недель – 5%. Хотя этиология и патогенез РДС достаточно сложны и не до конца уточнены, тем не менее никем не оспаривается один из наиболее существенных фактов его развития - дефицит сурфактанта. Последний синтезируется альвеолоцитами второго типа, обладает способностью снижать поверхностное натяжение в легочных альвеолах, предотвращая их коллапс и развитие ателектазов. Наиболее эффективным методом лечения РДС у новорожденных является ИВЛ, однако длительное нахождение новорожденного на ИВЛ ведет к развитию таких осложнений, как синдромы утечки воздуха, бронхо-легочная дисплазия. Одним из наиболее эффективных способов предотвращения развития этих осложнений является патогенетически обоснованная заместительная терапия экзогенными сурфактантами.

В данной работе нами использовался препарат «Куросурф» (Chesi Farmaceutici SPA, Италия). Это натуральный сурфактант, выделенный из легких свиней, прошедший очистку посредством жидкостно-гелевой хроматографии. «Куросурф» показан для лечения РДС у новорожденных с массой тела более 700г. Применение «куросурфа» на базе МУЗ РД № 2 было начато в конце 2006 года, в связи с чем летальность недоношенных детей в раннем неонатальном периоде снизилась в 3 раза. В 2006 году она составила 43%, а в 2008 – 13,5%.

Цель исследования: изучить течение преждевременных родов в сроке гестации 28-33 недели и раннего неонатального периода новорожденных детей.

Материалы и методы исследования. Нами проведен анализ течения беременности, преждевременных родов в гестационном сроке 28-33 недель у 60 рожениц и раннего неонатального периода у новорожденных на базе МУЗ РД №2 города Красноярска. Основную группу составили 30 рожениц и новорожденных в сроке 28-33 недели, где в комплекс лечебных мероприятий новорожденным было включено одномоментное введение сурфактанта - «Куросурф» в дозе 120-150мг. Группу сравнения составили 30 рожениц и новорожденных в том же гестационном интервале, где интенсивная терапия новорожденным проводилась без введения сурфактантов. Нами проведена клинико-анамнестическая оценка течения беременности, преждевременных родов и раннего неонатального периода у новорожденных.

Результаты исследования. Группы исследования были сопоставимы по возрасту, социальному статусу, репродуктивному и акушерскому анамнезу, соматической и гинекологической заболеваемости. Средний возраст в исследуемых группах составил $27 \pm 6,22$ лет и $29 \pm 6,87$ лет соответственно. При проведении социальной оценки исследуемых групп нами выявлено, что подавляющее большинство женщин являются домохозяйками- 46% и 50%. Брачный статус женщин в обеих группах значимо не отличается. В основной группе 100%(30) женщин состоят в браке, из которых у 70%(21) – брак зарегистрированный, у 30%(9) – незарегистрированный брак. А в группе сравнения 10%(3) женщин являются одиночками, 90%(27) находятся в браке: из них 60%(18) – зарегистрированный брак, 30%(9) – незарегистрированный. У женщин обеих групп в большинстве случаев отмечен первый брак. Средний возраст отца ребенка в основной группе равен $28 \pm 6,26$ л, а в группе сравнения $31 \pm 6,43$ л. В 10%(3) случаев беременные основной группы и 20%(30) группы сравнения на учете

не состояли, а в остальных случаях отмечается раннее обращение женщин в женскую консультацию в сроке $10 \pm 5,76$ нед. При изучении соматического анамнеза у женщин обеих групп нами выявлено, что большинство женщин были соматически здоровы, что составило 69% и 83% соответственно. Лидирующее место среди соматической патологии занимают заболевания желудочно-кишечного тракта. Вредные привычки - курение выявлены у 27%(8) женщин основной группы и 50%(15) женщин группы сравнения.

Анализ репродуктивного здоровья пациенток показал, что возраст менархе в обеих группах достоверно не отличается и составляет в среднем $13 \pm 0,92$ л. Возраст сексуального дебюта в основной группе составил $17 \pm 1,44$ л, а в группе сравнения $17 \pm 1,72$ л. Среди гинекологических заболеваний в основной группе преобладают заболевания шейки матки (47%). В группе сравнения первое место заняли заболевания шейки матки и придатков, что составили по 25%(7). ИППП встречались у 30%(9) женщин основной группы и у 40%(12) женщин группы сравнения и были представлены микст-инфекциями (трихомониаз, хламидиоз, уреаплазмоз). При изучении акушерского анамнеза нами выявлено, что большинство женщин обеих групп являются повторно беременными, что составило 73%(22) и 90%(27) соответственно. У каждой женщины исследуемых групп число беременностей в анамнезе составило $3,7 \pm 0,78$, при этом они имели в среднем 2 родов и 1,7 медицинских абортов. В 12% случаев в основной группе и 20% - в группе сравнения имели место преждевременные роды.

Анализируя течение настоящей беременности, нами выявлено, что ведущее место в патологии течения беременности в обеих группах занимают анемия I, II степени, преимущественно во II триместре по 24% и 29% соответственно, и хроническая фето-плацентарная недостаточность, что составляет 40%(12) и 23%(7) соответственно.

При анализе течения преждевременных родов нами было выявлено, что средний срок гестации на момент родов в основной группе составил $30 \pm 0,4$ недель, а в группе сравнения - $32 \pm 0,6$ недели. Основной причиной преждевременных родов является дородовое излитие околоплодных вод, что составило по 47%(14) в обеих группах. Этим роженицам в родах для профилактики восходящей инфекции была проведена антибактериальная терапия (цефалоспорины). Роды через естественные родовые пути в основной группе наблюдались в 70%(21) и их средняя продолжительность составила $6ч 55мин \pm 2ч 30мин$, а в группе сравнения 73%(22) родоразрешены естественным путем при средней продолжительности родов $5ч 30мин \pm 1ч 55мин$. Таким образом, прослежена тенденция к быстрым родам в исследуемых группах. При ведении родов естественным путем длительность безводного промежутка в основной группе составила $14ч 30мин$, в группе сравнения - $16ч$. В 30%(9) наблюдений у женщин основной группы и 27%(8) женщин группы сравнения имело место родоразрешение путем операции кесарева сечения. Оперативное родоразрешение проводилось с учетом анамнеза матери, в интересах плода. У 60% женщин исследуемых групп операция кесарева сечения проводилась по сочетанным показаниям. В 100% случаев в обеих группах операция кесарева сечение проводилась в экстренном порядке.

Таблица 1

Показания к операции кесарево сечение

Показания	Основная группа (n=9)	Группа сравнения (n=8)
	Абс. число	Абс. число
Рубец на матке	3	-
Тазовое предлежание	2	1
Поперечное положение плода	1	2
Отягощенный акушерский анамнез (ОАА)	2	3
ПОНРП	2	3
Хроническая ФПН	1	1
Диатермокоагуляция шейки матки	1	1
Миома матки	1	-
Разрыв шейки матки по рубцу	1	1
Возрастная первородящая	1	1

Профилактика РДС плода глюкокортикоидами (дексаметазон 6 мг в/м 2 раза в день) проводилась у 73%(22) рожениц основной группы и у 60%(18) группы сравнения.

При оценке состояния новорожденных нами выявлено, что новорожденные группы сравнения имели лучшие параметры физического развития по массо-ростовым показателям.

Таблица 2

Антропометрические показатели новорожденного

	Основная группа (n=30)	Группа сравнения (n=30)
Масса	$1658 \pm 368,46$ г	$1781 \pm 422,59$ г
Рост	$41 \pm 3,51$ см	$42 \pm 3,006$ см
Окружность головы	$29 \pm 2,21$ см	$29,5 \pm 2,26$ см
Окружность груди	$25,5 \pm 2,38$ см	$27 \pm 1,93$ см

Подавляющее большинство новорожденных в основной группе на 1 минуте оценены по шкале Апгар на 6-7 баллов. Только 2 ребенка родились в тяжелой асфиксии. В группе сравнения 97% детей были оценены на 7-8 баллов, а один ребенок родился в тяжелой асфиксии. С учетом срока гестации и массы тела при рождении 65,5% новорожденных основной группы и 55% группы сравнения переводились на АИВЛ непосредственно в род. зале, в первые часы 34,5% и 32% новорожденных соответственно, а 13% новорожденных группы сравнения переведены на АИВЛ к концу первых суток. Самостоятельное дыхание наблюдалось у 3%(1) детей основной группы и 27%(8) группы сравнения.

Параметры ИВЛ

	Основная группа (n=30)	Группа сравнения (n=30)
PIP	20,7 ± 4,09	18,5 ± 2,88
PEEP	5,1 ± 0,72	4,9 ± 1,07
FiO2	0,38 ± 0,05	0,4 ± 0,20
SaO2	96% ± 1,98%	96% ± 1,90%

В основной группе 33%(10) и 30%(9) детей родились с признаками внутриутробного инфицирования. Гемодинамика у 83% новорожденных основной группы и 91% группы сравнения компенсирована, а в остальных случаях - субкомпенсирована. Инотропная стимуляция проводилась у 27% и 16% новорожденных соответственно. В обеих группах отмечено по одному случаю ранней неонатальной смертности, а все остальные дети переведены на второй этап выхаживания в специализированные отделения (ГДБ № 1, ККДБ, ГКБ № 20).

Выводы:

1. Наиболее частой причиной преждевременных родов явилось дородовое излитие околоплодных вод в 73% и 70% соответственно и паритет беременности, что составляет 3,7 на каждую исследуемую женщину.
2. В группе сравнения отмечена более длительная продолжительность безводного промежутка, что составило 16 часов. За этот период времени проведена профилактика РДС-синдрома дексаметазоном и профилактика восходящей инфекции антибиотиками. В связи с этим дети этой группы имели более высокую оценку по шкале Апгар и более мягкие параметры ИВЛ.
3. Дети основной группы к моменту рождения имели более низкие параметры физического развития, так как были рождены в меньшем гистационном сроке. Введение «Куросурфа» детям этой группы позволило добиться более мягких параметров ИВЛ аналогичных таковым в группе сравнения.
4. Применения «Куросурфа» в первые часы жизни новорожденным детям значительно улучшило перинатальные исходы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Володин Н.Н., Антонов А.Г., Байбарина Е.Н. и др. Принципы ведения новорожденных с респираторным дистресс-синдромом : метод. рекомендации. – Москва: РАСИМ МЗ РФ, 2001. – 66 с.
2. Пестрикова Т.Ю. Преждевременные роды. Патогенез, клиника, терапия: дис. Доктора мед. наук. – Москва, 1998. – 128 с.
3. Серов В.Н., Орлов В.И., Ковалёва Э.А. О патогенезе при невынашивании беременности // Невынашивание и недонашивание беременности. – Москва, 1984. – С. 20-24
4. Сидельникова В.М., Антонов А.Г. Преждевременные роды. Недоношенный ребёнок. – Москва, 2006. – С. 22-45, 327-352
5. Яцук Г.В. Руководство по неонатологии. – Москва, 1998. – С. 234-249
6. Jobe A.H., Bancalari E. Bronchopulmonary dysplasia // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2001 – Vol. 163, N 7. – P. 1723-1729

ББК 66.2

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ТЕРРОРИЗМ – ГЛОБАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОСТИ

Ключникова Е. А., Копылова Л. М.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра философии, этики, эстетики и медицинской деонтологии с курсом политической социологии*

Научный руководитель: ст. преп. Маменкова Е. С.

Общество – это единый социальный организм, внутренняя организация которого представляет собой совокупность определенных, характеризующих его многообразных связей, которые выстраивают между собой субъекты, то есть члены общества.

Общество включает в себя следующие сферы: материальную, политическую, социальную и духовную, в рамках которых проявляются специфические отношения между участниками социальных сообществ – религиозных, профессиональных, национальных и других. Однако в процессе взаимодействия между коллективами социальных сообществ, возникают разногласия, иногда приобретающие либо локальный, либо глобальный характер. При этом способы разрешения возникших проблем носят не всегда легальный характер. Относительно новым социальным сообществом, на наш взгляд, можно считать- террористические организации, угрожающие нормальному функционированию других социальных сообществ. Если в XXв терроризм был локальной угрозой, то к началу XXI он, вследствие внедрения и распространения новейших технологий, превратился в глобальную. [1] Поэтому выявление сущности терроризма как социального явления современности и анализ психологического портрета террориста стало предметом нашего исследования.

Терроризм – идеология насилия и практика воздействия на общественное сознание, на принятие решений органами государственной власти, органами местного самоуправления или международными организациями, связанные с устрашением населения и/или иными формами противоправных насильственных действий проблемы современности. [2] По характеру субъекта террористической деятельности, терроризм делится на: неорганизованный или индивидуальный (терроризм одиночек), организованный, коллективный. По своим целям терроризм делится на: националистический, религиозный, Идеологически заданный, социальный, бытовой терроризм.

Международный терроризм- это любая угроза насилия или акт насилия, подвергающие опасности жизнь невинных людей или вызывающие их гибель, или подвергающие риску основные свободы, совершаемые одним лицом или группой лиц на иностранной территории, в открытом море или на борту самолета, находящегося в полете в воздушном пространстве над открытым или свободным морями, в целях насаждения террора или достижения какой-либо политической цели.

Международный терроризм обладает тремя основными признаками, по которым, его можно отнести к глобальным проблемам. Во-первых, касаются всего человечества, затрагивая интересы и судьбы всех стран, народов и социальных

слоев. Во-вторых, приводят к значительным экономическим и социальным потерям, а в случаях обострения могут угрожать всему существованию человеческой цивилизации. В-третьих, требуют для своего решения сотрудничества в общепланетарном масштабе, совместных действий всех стран и народов. [3]

Террористы – особый тип людей, у которых рациональные компоненты в поведении и характере почти отсутствуют, а эмоциональные преобладают до такой степени, что становятся аффективными.

Поскольку участникам террористического акта становится конкретный субъект с присущими ему идейными и/или патологическими особенностями, раскрывающими специфику личности террориста.

Согласно данным, существуют три психологические модели личности. Первая модель – психопата-фанатика. Это человек, у которого сфера сознания крайне сужена теми или иными доктринами и им же подчинена его эмоциональная сфера. Поэтому он оказывается способным совершить все что угодно».

Вторая модель, фрустрированного человека, базируется на бихевиористской теории фрустрации-агрессивности: «Чувство фрустрации, порожденное невозможностью для человека по каким-то причинам достичь жизненно важных для него целей, неизбежно порождает у него тенденцию к агрессивным действиям. Эта модель применима для понимания склонности человека к террористическим актам».

Третья модель – человека из ущербной семьи. «Жестокое обращение родителей с ребенком, его социальная изоляция, дефицит добрых отношений могут привести к формированию озлобленной личности с антисоциальными наклонностями. При определенных условиях люди такого психологического склада легко могут стать инструментами террористической организации».

Патологический компонент в психике террориста находится на своеобразной условной шкале, где-то между явной акцентуацией характера, на одном полюсе, и психопатией, как иногда называется, эпилептоидного типа – на другом полюсе.

Среди террористов встречаются два крайних варианта. Один, более редкий, – совершенно безэмоциональный. Это люди с абсолютным хладнокровием, абсолютно не подвластные эмоциям или умеющие их полностью контролировать. Другой, все-таки значительно более часто встречающийся среди террористов вариант отличается противоположностью. Для таких террористов характерна очень богатая внутренняя эмоциональная жизнь.

Синдром «Зомби» – этот синдром проявляется в постоянной, причем выглядящей не нарочито, а как совершенно естественное, органичное свойство, сверхбоеготовности, широко разлитой враждебности с тотальным образом врага, паранойальной постоянной устремленности к наиболее сложному организованному боевым действиям.

Синдром «Рэмбо» – это своего рода предельное выражение, результат долгосрочного формирования вполне устойчивой невротической структуры личности, раздираемой непреодолимым интрапсихическим конфликтом между стремлением к острым ощущениям и переживаниями тревоги, вины, стыда и отвращения за свое участие в них.

Синдром «Камикадзе-шахзада» – это экстремальная готовность к самопожертвованию в виде жертвы самой своей жизнью. [4]

В конечном счете, психическая нормальность или, напротив, ненормальность – достаточно условные, статистические понятия. Не вполне адекватный человек – не значит маньяк. Нет, бывает, конечно, и так, что в основе терроризма лежит откровенно патологическая тяга к насилию, убийству. Среди террористов встречаются откровенные маньяки-человеконенавистники. Убийство, само по себе, всегда противно человеческой природе, и если оно все же осуществляется, то убийца испытывает не только психическое, но и сильнейшее физиологическое потрясение. «От того, что отнимаешь чью-то жизнь, чувствуешь оргазм», – это из признаний одного из террористов. [5]

На наш взгляд, предупреждение терроризма можно рассматривать как минимум в двух аспектах. Во-первых, предупреждение терроризма и повышение эффективности борьбы с ним – одна из первостепенных задач любого современного государства. Во-вторых, предупреждение терроризма – есть комплексная система мер социально-экономического, политического и юридического характера, направленная на предотвращение: возникновения террористических организаций (группировок), совершения террористических актов, последствий терроризма; целью которой, является обеспечение общественной безопасности населения, защита политических, экономических и международных интересов государства.

По нашему мнению, необходима грамотная превентивная политика по борьбе с терроризмом. Предупреждение должно заключаться в выявлении, устранении, нейтрализации, локализации и минимизации воздействия тех факторов, которые либо порождают терроризм, либо ему благоприятствуют.

Кроме того, необходимо проводить культурно-воспитательную работу с населением с целью создания грамотного, информированного общества.

Тем не менее, многие аспекты данной проблемы требуют дальнейшего подробного изучения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лавриненко В.Н. Социология: учебник для вузов. – М., 2000.
2. Федеральный закон Российской Федерации от 6 марта 2006 г. N 35-ФЗ «О противодействии терроризму»
3. Гушер А.И. Проблема терроризма на рубеже нового тысячелетия новой эры человечества. – М., 2002.
4. Васильев В.Л. Психология терроризма. Материалы Международной конференции «Серийные убийства и социальная агрессия: что нас ожидает в XXI веке?». – Ростов-на-Дону, 2001.
5. Гришко А. Я. Личность террориста: Криминологический портрет. Рязань, 2006, С. 70.

УДК: 617. 55 - 073. 48

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА АБДОМИНАЛЬНОЙ ИШЕМИИ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

Ковалев А. Н., Пясецкий К. Г.

*Ростовский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии*

Научный руководитель: д.м.н., проф. Чернов В. Н.

Актуальность темы. В последнее время вызывает интерес проблема абдоминальной ишемии. Диагностика данной патологии как правило бывает несвоевременной, что связано прежде всего с недостаточной осведомленностью врачей об этом заболевании. При этом вторичные и сопутствующие проявления зачастую принимаются за основные. Это приводит к тому, что больные часто подвергаются длительному, неадекватному консервативному лечению или неэффективным и необоснованным хирургическим вмешательствам на органах брюшной полости.

Цели исследования. Целью настоящей работы является разработка и внедрение эффективного метода ранней диагностики синдрома абдоминальной ишемии (САИ) при помощи ультразвукового доплеровского исследования сосудов брюшной аорты и ее непарных висцеральных ветвей у больных поступающих в хирургический стационар с экстренной хирургической патологией, что позволяет своевременно поставить правильный диагноз и в большинстве случаев избежать необходимости оперативного вмешательства.

Задачи исследования. Задачей исследования является разработка алгоритма дифференцированного подхода к выбору лечебной тактики с учетом объективной оценки данных УЗИ сосудов брюшной полости на различных стадиях САИ и определение критического уровня патологических изменений сосудов брюшной полости у больных с данной патологией, а также определение оптимальных сроков для выполнения оперативного вмешательства.

Материалы и методы. На кафедре общей хирургии РостГМУ было обследовано 100 пациентов от 45 до 90 лет мужского и женского пола. Все больные поступали в приемное отделение в порядке скорой помощи с предварительным диагнозом: острая кишечная непроходимость, острый аппендицит, острый панкреатит, прободная язва желудка, острый холецистит, почечная колика, острый мезентериальный венозный и артериальный тромбоз. Больным проводилась дифференциальная диагностика между вышеперечисленными заболеваниями и САИ. В первые сутки выполнялись следующие исследования: ОАК, ОАМ, биохимическое исследование крови, обзорная рентгенограмма органов брюшной полости и грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, доплеровское исследование сосудов брюшной полости (исследовалась брюшная аорта и ее непарные висцеральные ветви: чревный ствол, селезеночная артерия, верхняя брыжеечная артерия, общая печеночная артерия).

Полученные результаты. У 70 пациентов было выявлено нарушение магистрального и органного кровотока в бассейне брюшной аорты и ее непарных висцеральных ветвей, которое приводило к возникновению болей, развитию функциональных, органических и морфологических изменений в кровоснабжаемых органах.

Боль в животе чаще проявлялась при физической или связанной с процессами пищеварения нагрузке, что связано с недостаточным притоком крови к органам пищеварения в период их максимальной нагрузки [1,2]. Боли усиливались или появлялись обычно через 15–20 мин после еды, стихали через 1–2 часа, и были связаны с количеством принимаемой пищи, иногда с ее характером (у многих больных отмечалась непереносимость холодной, острой или сладкой пищи, молока, клетчатки). Интенсивность боли варьировала в широких пределах, а локализация зависела от пораженного сосуда, кровоснабжающего тот или иной орган. Основная локализация болей – левая подвздошная область, левое подреберье, нижние отделы живота, реже – подложечная область или пупочное кольцо [3,4]. У некоторых больных наблюдалась иррадиация болей в различные области тела (межлопаточную, подлопаточную, поясничную область, шею, затылок, пояснично-крестцовую область и т.д.).

Дисфункция кишечника возникала вследствие нарушения секреторной и абсорбционной функций толстой кишки и проявлялась такими диспепсическими расстройствами, как метеоризм, отрыжка, рвота, чувство быстрой насыщаемости, неустойчивый стул, кишечные кровотечения, повышение температуры тела, защитное напряжение мышц передней брюшной стенки [8,9].

Следует различать острую и хроническую ишемию органов пищеварения. Причинами острой ишемии могут быть: тромбоз, эмболия, травма, лигирование висцеральных артерий. Причины хронической ишемии органов пищеварения – органические (врожденные и приобретенные), функциональные и комбинированные изменения. К функциональным нарушениям относят: спазм артерий, гипотензии центрального происхождения, побочные эффекты приема препаратов. Ишемии могут вызывать как органические изменения сосудов, так и окружающих тканей (компрессионные факторы).

Наиболее частая причина абдоминальной ишемии – атеросклероз мезентериальных сосудов. Если атеросклеротические бляшки обнаруживаются в коронарных, сонных и подвздошных артериях, то они, как правило, имеются и в брюшной аорте. САИ встречается, прежде всего, у лиц пожилого и старческого возраста, страдающих ИБС, гипертонической болезнью и распространенным атеросклерозом [5,6,7].

Выделяют функциональные классы ишемической болезни органов пищеварения, которые во многом соответствуют клиническим стадиям течения [1].

Первый функциональный класс (ФК I) – выраженной клинической симптоматики нет, при проведении доплерографии нарушения кровотока в покое отсутствуют и выявляются только после нагрузочной пробы.

Второй функциональный класс (ФК II) – наличие признаков расстройств кровообращения в покое и усиление их после функциональной нагрузки, выраженная клиническая симптоматика: болевой, диспепсический синдромы, похудение, нарушение функции поджелудочной железы, дисфункция кишечника.

Третий функциональный класс (ФК III) – выраженные циркуляторные расстройства в покое, постоянный болевой синдром, органические изменения органов пищеварения.

Четвертый функциональный класс (ФК IV) – деструктивные изменения органов пищеварения.

Благодаря доплеровскому исследованию сосудов брюшной полости нами были определены 4 степени САИ соответствующие функциональным классам приведенным выше.

В 1 стадии уменьшение диаметра сосуда менее 30% от нормальной величины, при этом максимальная скорость кровотока и индекс резистентности практически не изменялись.

Во 2 стадии диаметр сосуда уменьшается от 30 до 50%, при этом максимальная скорость кровотока увеличивалась в 2 – 2,5 раза, а индекс резистентности возрастал до 50% от нормальной величины. Нами было выявлено 22 (31,42%) человека с 2 стадией САИ, при этом отмечалось поражение только одного сосуда у 6 (8,57%) пациентов, двух сосудов и более у 16 (22,85%).

В 3 стадии соответственно диаметр был уменьшен от 50% до 70%, в свою очередь максимальная скорость кровотока повышалась в 2,5 – 3,5 раза, соответственно индекс резистентности был увеличен до 70%. Эта стадия заболевания была установлена 26 (37,14%) пациентам. Изменения только одного сосуда выявлено у 13 (18,57%) пациентов, более двух сосудов у 12 (17,14%).

В 4 стадии диаметр сосуда был менее 75%, в месте наибольшего сужения максимальная скорость кровотока достигала цифр в 4–6 раз превышающих нормальные величины, а индекс резистентности увеличен в 2 раза. При редукции просвета на 75% и более достигается критический уровень, при котором постстенотический объемный кровоток и его скорость уменьшаются до критических цифр. С данной патологией нами обследовано 22 (31,42%) человека. Поражение только одного сосуда установлено у 6 (8,57%) пациентов, два сосуда и более изменены у 15 (21,42%).

Частота поражения непарных висцеральных ветвей брюшной аорты была следующей: аорта – 8 (11,42 %), чревный ствол – 26 (37,14%), верхняя брыжеечная артерия – 35 (50%), нижняя брыжеечная артерия – 28 (40%), общая печеночная артерия – 16 (22,85%), селезеночная артерия – 24 (34,28%).

Ранняя диагностика абдоминальной ишемии с применением доплеровского исследования сосудов брюшной полости в большинстве случаев, у 50 (71,42%) пациентов позволила своевременно провести адекватную консервативную терапию. В ряде случаев благодаря УЗ-диагностике своевременно было выполнено адекватное оперативное лечение 20 (28,57%) пациентов. Диагностическая лапароскопия была выполнена у 17 (24,28%) пациентов, и позволила подтвердить диагноз острой ишемии, а 10 (14,28%) пациентам потребовалось выполнение конверсии с последующей лапаротомией и назоинтестинальной интубацией тонкой кишки (НИИТК), у 3 (4,28%) оперативное лечение началось непосредственно с лапаротомии и закончилось НИИТК. Оперативное лечение было выполнено 3 (4,28%) пациентам с 3 стадией САИ и 17 (24,28%) с 4 стадией.

В комплексном консервативном лечении нами использовались: диетотерапия, сосудорасширяющие препараты, симптоматическое лечение направленное на уменьшение структурных изменений и улучшение функционального состояния органов пищеварения (ферментные препараты), коррекция гипер- и дислипидемии в целях уменьшения прогрессирования атеросклероза (препараты содержащие эссенциальные фосфолипиды и статины), антиоксиданты, дезагреганты и антикоагулянты, коррекция гипергликемии при наличии сахарного диабета, лечение осложнений.

В ряде случаев было рекомендовано плановое оперативное лечение в специализированных отделениях, где выполнялись реконструктивные операции, ликвидирующие окклюзию и восстанавливающие кровоток по прежнему руслу (энтертериостомия, протезирование и др.); создание новых путей кровотока в обход пораженного участка – шунтирующие операции; чрескожная эндоваскулярная ангиопластика, лазерная реканализация.

Выводы. Таким образом, внедрение ультразвукового доплеровского исследования сосудов брюшной аорты и ее непарных висцеральных ветвей позволит проводить более точную диагностику на раннем этапе госпитализации и значительно снизит количество необоснованных оперативных вмешательств. Планируется оптимизировать терапию больных с синдромом абдоминальной ишемией, основываясь на данных ультразвуковой доплерографии сосудов брюшной полости. Предполагается, что данная методика позволит значительно сократить диагностический этап у больных с синдромом абдоминальной ишемии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Игнашев А.М., Бедров А.Я., Семенов Д.В. и др. Сохранение кровотока в нижней брыжеечной и во внутренних подвздошных артериях в профилактике ишемии ободочной и прямой кишок после резекций аневризм инфраренального сегмента брюшной части аорт. //4-я ежегодная сессия НЦ ССХ им. Н. А. Бакулева с Всероссийской конференцией молодых ученых. - Москва, 2000. - С. 242
2. Игнашев А.М., Семенов Д.В., Курков А.А. Предупреждение ишемии внутренних органов при устранении аневризм торакоабдоминального отдела аорты методом шунтирования аорты и висцеральных артерий. //4-я ежегодная сессия НЦ ССХ им. Н. А. Бакулева с Всероссийской конференцией молодых ученых. - Москва, 2000. - С. 242
3. Казанчян П.О. Клиника, диагностика и хирургическое лечение хронических, окклюзирующих поражений висцеральных ветвей брюшной аорты: автореферат диссертации кандидата медицинских наук, гастроэнтерология. Москва, 1979. - 15 С
4. Марстон А. Сосудистые заболевания кишечника. - Москва, 1966. 304 С
5. Лазебник Л.Б., Звенигородская Л.А. Хроническая ишемическая болезнь органов пищеварения. - Москва, 2003. - С 55-75
6. Поташев Л.В., Князев М.Д. и др. Ишемическая болезнь органов пищеварения. - Санкт-Петербург, 1985. - С. 70-72
7. Рабидил О.С. Ишемическая болезнь кишечника. //Клиническая медицина. - Москва, 1994. - 11. - С 115-119
8. Bharucha E., Tremaine W.J. Ischemic proctosigmoiditis. // American Journal of Gastroenterology. - 1996. - 91. - P 2305-2309
9. Sadat N., Pannetier C., Malbra G. Colites ishemiques. // Etude de 24 cas. Ann. gastroenterol. et hepatol. - 1997. - 33. - N 2. - P 53 - 59

УДК 616-053.7:371.71:312.6

ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Ковалева Ю. О.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом ПО*

Научный руководитель: к.м.н. Шульмин А. В.

Решение проблем, которые в настоящее время волнуют человечество, во многих своих аспектах связано с молодежью. В Конвенции ООН по окружающей среде и развитию «Повестка дня на XXI век» (Рио-де-Жанейро, 1992 г.) особо отмечена важная роль молодежи в современном мире (В.В. Павловский, 2001). От того, как будут жить и действовать молодые люди, от их состояния здоровья и работоспособности зависят в значительной степени пути и формы развития общества.

По рекомендациям ВОЗ одним из универсальных ориентиров достижения здоровья для всех следует рассматривать: здоровье молодежи, содействие здоровому образу жизни, многосекторальные задачи в отношении здоровья и развитие кадровых ресурсов.

Студенческая молодежь относится к числу не самых социально защищенных слоев населения, что наряду с другими факторами риска негативно сказывается на состоянии их здоровья. Сохранение физического и психического здоровья студентов и полноценное развитие личности является в конечном итоге одним из приоритетов образования, так как от этого зависит результативность их профессиональной деятельности.

В течение последних лет исследователи все чаще обращаются к проблеме сохранения, укрепления и восстановления здоровья студентов в период их обучения в вузе, изучая состояние и разрабатывая методические подходы к оценке уровня здоровья студентов (Даргау Л.А., 2003; Крзупская С.Г., Олифер Л.Д., 1993; Майоров Р.В., 2003; Миннибаев Т.Ш., 2004; Миннибаев Т.Ш. и соавт., 2001; 2004; Низмугдинова Р.С., 2004; Шепилов А.О., 2002; Чуян Е.Н., 2003; Игнатова Т.Н., 2003; Меркулова Р.А., 2004; Михайлиди С.В., 2004).

Осознание необходимости поиска путей сохранения, улучшения и укрепления здоровья подрастающего поколения, которое будет определять лицо нации в XXI веке, способствовало принятию решения о разработке комплексной программы «Образование и здоровье» (приказ Минобрнауки России от 19.01.2001 г. №176).

Программа призвана решать задачи создания условий для сохранения и улучшения здоровья учащейся молодежи, пропаганды спорта и здорового образа жизни, разработки и внедрения новых медико-биологических технологий мониторинга и коррекции здоровья, подготовки специалистов.

Разрешить проблемы, встающие перед не окрепшим молодым обществом, призвана Государственная молодежная политика, как сфера государственной деятельности, направленная на создание правовых, экономических и организационных условий и гарантий для самореализации личности молодого человека и развития молодежных объединений, движений и инициатив.

Итоговой целью молодежной политики является решение проблемы успешной социализации молодого поколения – содействие социальному становлению молодежи, обеспечение гарантий в области образования, досуга, труда и занятости. Но сегодня невозможно решение этих задач без решения сверх актуальной проблемы государственного уровня – сохранения физического и психического здоровья молодежи. В конечном итоге – это проблема репродуктивной способности поколений людей, вступающих в социальную жизнь. Поэтому немалое место среди направлений молодежных Программ, как на федеральном, так и на региональном уровнях, занимают мероприятия, направленные на формирование и сохранение здоровья молодых людей. Комплексный характер проблемы здоровья молодежи диктует необходимость комплексного же подхода к ее решению. И также можно сказать, что факторы, негативно влияющие на состояние молодежи, нужно рассматривать только в комплексе. Неправильное питание, ограниченные физические нагрузки и появление вредных привычек – вот аспекты, которые стоят на первом месте в этом комплексе.

В условиях массового распространения различных видов вредных привычек (курения, наркотической зависимости, приема алкогольных напитков и др.) среди детей и подростков в России создалась реальная угроза здоровью будущего поколения. Особенно большое распространение эти привычки получили в среде молодежи. Вредные привычки оказывают негативное влияние на жизнь общества в целом, а также на жизнь и деятельность личности в отдельности.

В данный момент эта проблема стала поистине глобальной. Злоупотребление наркотиками известно с древнейших времен и сейчас распространилось в размерах, тревожащих всю мировую общественность. Особенно губительно злоупотребление в молодежной среде – поражается и настоящее, и будущее общества. Полная картина распространения злоупотребления, включающая формы токсикоманий, еще более трагична. Вещества и препараты, не включенные в список наркотиков, как правило, более злокачественны, приводят к еще большему ущербу для индивидуума. В структуре причин потерь здоровья, по мнению отечественных и зарубежных экспертов, важнейшее место принадлежит образу жизни, в том числе и вредным привычкам – 50%, около 20% приходится на генетику, 19% – на природную и социальную среду, 11% – на «службы здравоохранения».

За 2003 год в России по официальным данным число лиц, употребляющих наркотики, увеличилось на 20% и составляет более миллиона человек. Уровень заболеваемости наркоманией возрос с 1990 года в 9 раз. Напрямую с проблемой наркомании связана заболеваемость СПИДом, вирусным гепатитом, поскольку согласно статистике среди ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом 95% составляют именно наркоманы (по данным Российского федерального центра «СПИД» 2003 год).

На данный момент в Омской области число молодых людей, зараженных СПИДом, даже официально зарегистрированных, неуклонно растет. Вместе с этим, в России идет поступательное сокращение ДЮСШ финансируемых из федерального бюджета. Происходит неуклонное сокращение численности детей в России, занимающихся в госбюджетных спортивных школах. Лишь 35% детей школьного возраста (7-15 лет) в России относительно регулярно посещают спортивные секции. Подростающее поколение нашей страны все труднее приобщить к здоровому образу жизни, найти альтернативу бесполезному времяпрепровождению, а также употреблению наркотиков.

Анализ научной литературы, посвященной проблеме здоровья студенческой молодежи, показывает, что за последние годы она стала еще более актуальной. В работах [1, 2, 3, 4] отмечается, что количество студентов специальной медицинской группы увеличилось с 10 до 20 - 25%, в некоторых вузах достигает 40%. За время обучения в вузе здоровье студентов не улучшается, ряд авторов отмечают его ухудшение. [2, 4]. Чрезмерное увеличение веса отмечается у 53% мужчин и 64% женщин. Ко второму курсу количество случаев заболеваний увеличивается на 23%, а к четвертому – на 43%. Четверть студентов переходит в более низкую медицинскую группу. [5] Увеличивается число учащихся и студентов, отнесенных по состоянию здоровья к специальной медицинской группе. В 1999 г. их стало 1 млн. 300 тыс., что на 6,5% больше, чем в 1998 г. Распространенность гиподинамии среди школьников достигла 80%. [6] Исследования заболеваемости среди студентов свидетельствуют, что в последние годы на первом месте, как и во всем мире, заболевания сердечнососудистой системы, на втором – опорно-двигательного аппарата (остеохондроз, сколиоз и т.п.), на третьем – органов дыхания, т.е. заболевания, наиболее значимые для обеспечения жизнедеятельности. Анализ функционального состояния студентов выявил, что их здоровье характеризуется следующими показателями: высокий уровень – 1,8%; средний – 7,7%; низкий – 21,5%; очень низкий – 69%. [7] Если не принять мер по изменению ситуации, она может стать тяжелым бременем для страны.

Исследования рациона питания студентов на содержание в нем ряда витаминов показали их недостаток применительно к действующим нормам физиологических потребностей: витамина D, регулирующего обмен кальция и фосфора, – в 2 раза, фолиевой кислоты, участвующей в обмене аминокислот, – в 1,4 раза. Что касается остальных витаминов, то в среднем выявлены практически оптимальные или субоптимальные значения их суточного потребления.

При анализе обеспеченности содержания потребляемых рационами минеральными веществами установлено, что содержание Mg и K составляет соответственно 679,9 и 3233,2 мг, превышая норму физиологических потребностей. Содержание Ca в рационах питания в 1,4 раза меньше нормы.

При определении содержания отдельных микроэлементов в рационе студентов получены следующие данные. Среднее потребление йода меньше рекомендуемого примерно в 3 раза, фтора – в 4,5 раза. Zn и Cu поступают в организм в недостаточных количествах. Содержание в рационах питания Fe и Co превышает рекомендуемые значения, а Cr и Mn – незначительно отличается от нормы.

Анализ индивидуальных рационов питания у 100 % студентов выявил дефицит поступающего с пищей Se. Недостаточным также является поступление с пищей йода (94,5 %), фтора (89,9 %), цинка (76,9 %), меди (65,8 %) и хрома (54,8 %).

Таким образом, анализ отечественных и зарубежных источников позволяет говорить о большом числе проблем здоровья у молодежи в целом и студентов в частности.

В связи с актуальностью вышеизложенных проблем нами решено провести исследование здоровья студентов КрасГМУ с определением конкретных рекомендаций для улучшения физического состояния студентов, уменьшения количества человек с вредными привычками и обеспечения полноценного питания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Коваленко Т.Г. Биоинформационные технологии при проблемно-модульном обучении в системе физического воспитания и реабилитации студентов с ослабленным здоровьем: Автореф. докт. дис. Волгоград, 2000. - 54 с.
2. Новиков В.И., Федоткин В.В. Динамика физических качеств, состояния здоровья и физического развития студентов в процессе обучения в вузе / В сб.: Физкультура и здоровье студентов. - М.: МГУ, 1988. - 208 с.
3. Чоговадзе А.В., Рыжак М.М. Физическое воспитание и формирование здорового образа жизни студентов // Теория и практика физ. культуры, 1993, № 7, с. 8-10.
4. Уваров В.А., Ковалев Н.К., Булавина Т.А. Анализ изменения физической подготовленности, физического развития и здоровья студентов за последнее десятилетие (1988-1999) / В сб.: Организация и методика учебного процесса, физкультурно-оздоровительной и спортивной работы / Матер. междунар. конф. Ч. 1. - М.: МГУ, 2000. - 256 с.
5. Акчуринов Б.Г. Проблемы организации деятельности высшей школы по формированию физического здоровья студентов: Канд. дис. Уфа, 1996. - 132 с.
6. Концепция развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2005 года / В сб.: Физическая культура и спорт в профилактике наркомании и преступности среди молодежи // Материалы Всероссийской научно-практической конференции (21-23 июня 2000, Смоленск). М., 2000, с. 210-243.
7. Коваленко В.А. Физическая культура в обеспечении здоровья и профессиональной психофизической готовности студентов / В сб.: Физическая культура и спорт в Российской Федерации (студенческий спорт). - М.: Полиграф-сервис, 2002, с. 43-66.
8. Бакулина О.Н., Бзюк О.В. Функциональные ингредиенты для воплощения Концепции здорового питания // Пищевые ингредиенты. - 2005. - № 2. - С. 35...36.
9. Нечаев А.П. Пищевые ингредиенты // Пищевые ингредиенты. Сырье и добавки. - 1999. - № 1. - С. 4...7.
10. Губарева Н.В., Иванова Т.В. Значение спецкурса «Вредные привычки и их профилактика» в системе обучения студентов физкультурного вуза
11. Егорычев А.О., Пенчик Б.Н., Бондаренко К.А., Смирнова Ю.А. Здоровье студентов с позиции профессионализма
12. Славянский А.А., Лукашевич Р.В. Сахар и возможности улучшения его питательной ценности
13. Гончарова Г.Н., Горбач Н.А., Жарова А.В. Здоровье студентов. Красноярск 2004.

УДК 617.7-001.31: 617.7-001.4: 617.7-001.17

КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА «КРИМИНАЛЬНЫХ» ТРАВМ ГЛАЗ У ДЕТЕЙ

Коваленко А. О., Раднаева Ю. Р.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра офтальмологии с курсом ПО*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Иванов В. В.

Актуальность. В настоящее время понятие криминальной травмы для врача клинициста является достаточно условной категорией, так как установить наличие или отсутствие криминального элемента в повреждении, полученном пациентом может только суд на основании заключения сертифицированного судебно-медицинского эксперта. Дежурный врач ЛПУ при поступлении пострадавшего с признаками криминальной травмы (на основании события) обязан наиболее полно провести сбор анамнеза, тщательно провести обследование больного, обращая внимание не только на телесные повреждения, но и на состояние одежды пациента, кем он доставлен и т.д. и передать информацию в органы дознания.

Цель. В данном исследовании представлен анализ травм глаз у детей города Красноярска и Красноярского края на основании записей в «Журнале криминальных травм» офтальмологического отделения по оказанию экстренной неотложной помощи (ОО по ОЭМП) МУЗ «ГКБ № 20 им. И.С. Берзона» г. Красноярска за период с 2007 по 2008 годы.

Материал и методы. В ОО по ОЭМП МУЗ «ГКБ № 20 им. И.С. Берзона» г. Красноярска обратились 248 детей; из них 212 (85,48 %) — мальчиков и 36 (14,52 %) — девочек. По возрастным группам пациенты распределились следующим образом: 0-3 года — 2 человек (0,81 %); 4-7 лет — 19 человек (7,66 %); 8-14 лет — 108 человек (43,55 %); 15-17 лет — 119 человек (47,98 %).

Структура полученных повреждений была следующей: контузии придатков глаза — 61 ребенок (24,6 %); контузии глазного яблока разной степени тяжести — 135 (54,44 %), из них III степени — 13 (5,24 %); ожоги глаз — 3 случая (1,21 %); ранения придаточного аппарата — 10 (4,03 %); сочетанная травма — 9 (3,36 %).

Травму в домашних условиях получили 24 ребенка (9,68 %); на улице — 162 (65,32 %); в учреждении — 62 (25 %). В результате избиения пострадали 163 человека (65,36 %); насилью со стороны взрослых подверглись 17 детей (6,85 %); получили травму во время шалостей 30 детей (12,1 %); выстрелы послужили причиной травмы в 29 случаях (11,69 %); в ДТП пострадали 8 детей (3,22 %) и 1 ребенок (0,4 %) получил травму в результате укуса собаки.

Результаты и выводы. Подавляющее количество травм было получено в результате нападений на улице в старших возрастных группах. Среди полученных повреждений преобладали контузионные травмы средней степени тяжести. Данная ситуация остается стабильной на протяжении ряда лет. Таким образом, беспризорность и безнадзорность является фактором риска.

Обращает на себя внимание рост числа травм — 17 (6,85 %), полученных в результате насилия взрослых, как правило, близких родственников.

Все дети, которые получили повреждения в результате ДТП, перевозились с нарушением Правил дорожного движения РФ. У 8 из 9 пострадавших в ДТП имелись сочетанные травмы разной степени тяжести.

Таким образом, изменение социальных факторов прямо влияет на изменение структуры криминальных травм.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АМБУЛАТОРНОГО ПРИЕМА

Ковальцова К. А., Тарских А. А., Фролова О. В., Репина А. В., Попова Е. А., Олейникова А. С.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра внутренних болезней № 2 с курсом ПО

Кафедра биологической химии с курсом медицинской, фармацевтической и токсикологической химии

Научные руководители: к.м.н., доц. Штегман О. А., д.м.н., проф. Салмина А. Б.

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) по-прежнему остается самым тяжелым и прогностически неблагоприятным осложнением всех сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), снижающим качество жизни и обуславливающим инвалидизацию больных [4,9].

Утрата части функционирующего миокарда вследствие инфаркта, повторяющейся ишемии либо воспалительного процесса, а также хронической перегрузки сердца объемом или давлением, сопровождаются комплексом структурных изменений, включающих как поврежденные, так и неповрежденные участки миокарда [10]. Эти изменения в структуре и геометрии камер сердца называют «ремоделированием сердца». Процесс ремоделирования сердца в первую очередь включает прогрессирующее увеличение массы миокарда, дилатацию полостей, а также изменение геометрических характеристик желудочков [5,7,11].

Многочисленные экспериментальные клинические работы, включая исследования SAVE и SOLVD, подтверждают концепцию о том, что ремоделирование представляет собой прогрессирующий процесс, ведущий к появлению и развитию сердечной недостаточности [8,12].

В последние два десятилетия доказано, что в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний вообще, и ХСН в частности, особое место занимает эндотелиальная дисфункция (ЭД). Основные причины развития ЭД при ХСН многообразны и связаны с длительно существующей гемодинамической перегрузкой приводящих артерий, гиперактивации РААС и симпатико-адреналовой системы. ЭД проявляется извращением реакции эндотелия на обычные дилатирующие стимулы [2].

Вопросы частоты выявления различных типов ремоделирования левого желудочка и ЭД среди больных ХСН различной выраженности остаются не до конца изученными.

Цель настоящего исследования: оценка встречаемости различных типов ремоделирования левого желудочка и эндотелиальной дисфункции у больных ХСН амбулаторного приема.

Для реализации данной цели были сформулированы следующие задачи:

- 1) изучить встречаемость различных типов ремоделирования левого желудочка у больных ХСН амбулаторного приема в зависимости от стадии ХСН и пола;
- 2) исследовать связь между перенесенным инфарктом миокарда и типом ремоделирования левого желудочка у амбулаторных больных с ХСН;
- 3) оценить наличие и выраженность эндотелиальной дисфункции у больных ХСН амбулаторного приема.

Материалы и методы. Обследованы 266 амбулаторных больных с ССЗ, из них 197 женщин и 69 мужчин в возрасте 39 – 82 лет (средний возраст 67 лет). ХСН была установлена у 156 больных, из них 115 человек с ХСН I стадии, 41 человек – с застойной ХСН. Контрольную группу составили 24 человека сопоставимого возраста, не имеющие ССЗ.

Всем больным проводилась эхокардиография на аппарате «VIVID 7 PRO». Для определения массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) использовалась формула Devereux и Reichek: $ММЛЖ (г) = 1,04 * [(КДР + МЖП + ЗСЛЖ)^3 - КДР^3] - 13,6$ [7], где: КДР - конечный диастолический размер левого желудочка, МЖП - толщина межжелудочковой перегородки, ЗСЛЖ - толщина задней стенки левого желудочка. Все исходные показатели оценивались в сантиметрах. Индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) рассчитывали как отношение ММЛЖ к площади поверхности тела. Относительную толщину стенки левого желудочка (ОТСЛЖ) рассчитывали по формуле: $ОТСЛЖ = (МЖП + ЗСЛЖ) / КДР$. На основе показателей ОТСЛЖ и ИММЛЖ оценивали тип ремоделирования левого желудочка. При ИММЛЖ менее 118 г/м² и ОТСЛЖ < 0,45 геометрическая модель ЛЖ считалась нормальной. При ИММЛЖ ≥ 118 г/м² и ОТСЛЖ < 0,45 диагностировалась эксцентрическая гипертрофия левого желудочка. При ИММЛЖ ≥ 118 г/м², ОТСЛЖ > 0,45 диагностировали концентрическую гипертрофию левого желудочка. Концентрическое ремоделирование левого желудочка диагностировалось при ИММЛЖ < 118 г/м² и ОТСЛЖ > 0,45.

Исследование эндотелиальной дисфункции проводили с помощью окклюзионной пробы по стандартной методике. Суть окклюзионной пробы состоит в компрессии плечевой артерии и временном прекращении кровотока, которое поддерживается в течение 3 минут и отслеживается с помощью цветного доплеровского картирования потока. С помощью линейного датчика 7МГц на ультразвуковой системе «VIVID 7 PRO» измеряется диаметр сосуда до и после компрессии. В норме при проведении окклюзионной пробы прирост просвета сосуда должен составлять не менее 10% от изначальной величины. Это позволяет оценить состояние эндотелий-зависимых механизмов регуляции тонуса сосудов.

Результаты и обсуждение. Встречаемость типов ремоделирования левого желудочка в зависимости от наличия ХСН и пола распределялась следующим образом. В группе мужчин с ХСН в 70 % случаев встречалась эксцентрическая гипертрофия против 31,7% в группе женщин с ХСН ($p < 0,01$). Достоверно чаще у женщин с ХСН встречался нормальный тип ремоделирования в сравнении с мужчинами - 23,8% против 6% ($p < 0,01$). Среди женщин с ХСН наиболее часто диагностировался концентрическая гипертрофия - у 35,6% в сравнении с другими типами ремоделирования левого желудочка. Среди пациентов без ХСН у мужчин наибольший процент приходился на эксцентрическую гипертрофию – 62,5%, когда как у женщин - 33% ($p < 0,05$). В группе женщин без ХСН превалировал нормальный тип ремоделирования в отличие от других типов.

При оценке геометрических показателей у пациентов с ХСН установлено, что большая часть пациентов имела эксцентрическую и концентрическую гипертрофию. Причем, в группе пациентов с ХСН I стадии эксцентрическая гипертрофия выявлялась несколько чаще в сравнении с больными, имевшими застойную ХСН (50% против 37,5%), а в группе пациентов с застойной ХСН достоверно чаще встречалась концентрическая гипертрофия (43% против 25%). Среди пациентов с ССЗ,

не имеющих ХСН, наиболее часто выявлялись нормальный тип ремоделирования и эксцентрическая гипертрофия (34% и 38% соответственно). В целом в группе больных с ХСН в сравнении с пациентами без ХСН достоверно чаще выявлялась концентрическая гипертрофия (31% против 17,3% при $P < 0,05$). А в группе пациентов с ССЗ без ХСН чаще встречался нормальный тип ремоделирования левого желудочка (33,7%, при $P < 0,01$).

При анализе частоты выявления типов ремоделирования левого желудочка у больных ИБС с ХСН в зависимости от наличия постинфарктного кардиосклероза (ПИК) установлено, что у больных, перенесших инфаркт миокарда, достоверно чаще выявлялась эксцентрическая гипертрофия левого желудочка и составляла 68,9% против 39,2% в группе больных без ХСН ($p < 0,004$).

Частота выявления эндотелиальной дисфункции у больных с ССЗ без ХСН составила 84,2%; у больных с ХСН I стадии – 91,1%; у больных с застойной ХСН – 85,5%. Значимых отличий между группами больных установлено не было. В контрольной группе эндотелиальная дисфункция была выявлена в 25% случаев. Ангиоспастическая реакция встречалась у больных с ССЗ без ХСН в 20,2% случаев, у больных с ХСН I стадии – 16,9%, у больных с застойной ХСН – в 29,1% случаев. В контрольной группе ангиоспастические реакции не встречались.

Выводы.

1. При сердечно-сосудистых заболеваниях вне зависимости от наличия ХСН у мужчин в сравнении с женщинами чаще наблюдается эксцентрическая гипертрофия левого желудочка.
2. У амбулаторных больных с ХСН наиболее часто встречается эксцентрическая гипертрофия левого желудочка (44%). Возникновение ХСН у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями ассоциировано с более частым изменением геометрии левого желудочка.
3. У амбулаторных больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями без ХСН наиболее часто выявляется эксцентрическая гипертрофия левого желудочка (37,5%).
4. Концентрическая гипертрофия левого желудочка ассоциирована с более выраженной ХСН.
5. У больных, перенесших инфаркт миокарда, достоверно чаще выявляется эксцентрическая гипертрофия левого желудочка в сравнении с пациентами, имеющими другие формы хронической ишемической болезни сердца с ХСН.
6. Частота встречаемости ЭД у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями существенно не изменяется с прогрессированием ХСН.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Беленков Ю.Н. Магнитно-резонансная томография в оценке ремоделирования левого желудочка у больных с сердечной недостаточностью // Кардиология. - 1996. - №4. - С. 15-22.
2. Маколкин В.И., Голикова Е.П., Чурганова Л.Ю. Доплер-эхокардиографические показатели диастолической функции левого желудочка при прогрессировании хронической сердечной недостаточности // Сердечная недостаточность. - 2004. - Т.3. - № 4. - С. 176-179.
3. Флоря В.Г. Роль ремоделирования левого желудочка в патогенезе хронической недостаточности кровообращения // Кардиология. - 1997. - № 5. - С. 63-70.
4. Adams K.F.J., Dunlap S.H., Sueta C.A. et al. Relation between gender, aetiology and survival in patients with symptomatic heart failure // J Am Coll Cardiol. - 1996. - V.28(7). - P.1781-1788.
5. Cohn J.N. Structural basis for heart failure: ventricular remodeling and its pharmacological inhibition // Ibid. - 1995. - V.91. - P.2504-2507.
6. Gibson D.G., Brown D.J. Continuous assessment of left ventricular shape in man // Br Heart J. - 1975. - V.37. - P.556-557.
7. Grossman W., Lorrel B.N. Hemodynamic aspects of left ventricular remodeling after myocardial infarction // Circulation. - 1993. - V.87(7). - VII-28 – VII-30.
8. Hayashida W., van Eyll C., Rousseau M.F., pouleur H., for the SOLVD Investigators. Regional remodeling and nonuniform changes in diastolic function in patients with left ventricular dysfunction: modification by long-term enalapril treatment // J Am Coll Cardiol. - 1993. - V.22. - P.1403-1410.
9. Ho K.K.L., Anderson K.M., Kannel W.B. et al. Survival after the onset of congestive heart failure in the Framingham Heart Study subjects // Circulation. - 1993. - V.88 (1). - P.107-115.
10. Leri A., Kajstura J., Anversa P. Myocyte proliferation and ventricular remodeling // J Card Fail. - 2002. - №8. - Suppl 6: P.518-525.
11. Pfeffer M.A., Braunwald E. Ventricular remodeling after myocardial infarction: experimental observation and clinical implications // Circulation. - 1990. - V.81. - P.1161-1172.
12. Pfeffer M.A., Braunwald E., Moye L.A. et al. on behalf of the SAVE Investigators. The effect of captopril on mortality and morbidity in patients with left ventricular dysfunction following myocardial infarction: results of the Survival and Ventricular Enlargement (SAVE) trial // N Engl J Med. - 1992. - V.327. - P.669-677.

УДК 618.146-007.17-006.52

ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ ВЫСОКОГО ОНКОГЕННОГО РИСКА У ЖЕНЩИН С ФОНОВЫМИ И ПРЕДРАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ

Ковтун Н. М.

*Красноярский государственный университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра акушерства и гинекологии ИПО*

Научные руководители: к.м.н., доц. Макаренко Т. А. к.м.н., асс. Ульянова И. О.

Актуальность: Более половины женщин, обращающихся к гинекологу, имеют патологию шейки матки. Специфичных симптомов и характерных жалоб для данной патологии нет. Не смотря на наружную локализацию, рак шейки матки занимает 2 место среди всех злокачественных заболеваний репродуктивных органов у женщин в России, после рака молочной железы.[6] Зачастую выявляется на поздних стадиях. Как правило, заболевают женщины репродуктивного возраста. При регулярном обращении к гинекологу возможно более раннее выявление рака шейки матки, а так же выявление и лечение патологии шейки матки, которая может стать фоном для возникновения рака в будущем. В настоящее время установлено, что важнейшим фактором канцерогенеза шейки матки является инфицирование женщин вирусом папилломы человека.[5] Инфицированность женщин репродуктивного возраста до 30 лет 30%, 30-50 лет 10%. Известно более 120 типов ВПЧ, более 30 типов могут инфицировать генитальный тракт. К группе высокого онкогенного риска относятся типы вируса 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68, 73, 82. ВПЧ – 16 наиболее распространенный тип вируса, который выявляется более чем в половине случаев рака шейки матки.[1] Четыре других типа ВПЧ (18, 31, 33, 45) выявляются более чем в 85% всех случаев этого заболевания. В России цитологическое исследование мазков, взятых с эпителиального покрова шейки матки, является основой программ, направленных на раннее выявление предрака и рака шейки матки в течение нескольких десятилетий.[3] Точность цитологического теста вариабельна и зависит от многих факторов, таких как методика забора материала, техника приготовления мазков, квалификация лаборанта. Считается, что до 30%

случаев рака шейки матки, развивается у женщин, которые регулярно проходили цитологический скрининг, но при этом забор материала или интерпретация результатов были ошибочны, т.е. давали ложноотрицательные результаты.[4] В связи с чем, а также учитывая этиологическую роль вируса папилломы человека в развитии рака шейки матки возникает необходимость поиска наиболее информативных методов скрининга.

Цель: выявление частоты предраковых и фоновых заболеваний шейки матки у женщин с папилломавирусной инфекцией 16 и 18 серотипов.

Задачи:

1. Выявить особенности кольпоскопической картины у женщин с ПВИ высокого онкогенного риска с фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки.

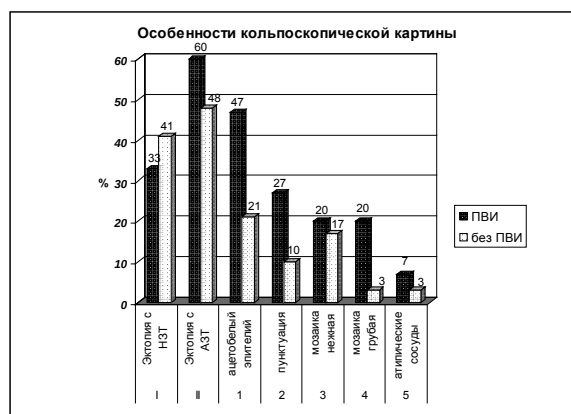
2. Выявить особенности цитологических мазков у женщин с ПВИ высокого онкогенного риска с фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки.

3. Выявить частоту биопсий у женщин с ПВИ высокого онкогенного риска с фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки.

Объект исследования: под наблюдением в клинике «Здоровая Семья» находилось 44 женщины с патологией шейки матки, 15 (34%) – женщин с папилломавирусной инфекцией высокого онкогенного риска (16,18 серотипы) и 29 (66%) без ПВИ.

Методы исследования: обследование данной группы включало использование методов диагностики: простая и расширенная кольпоскопии, цитологическое исследование цервикального мазка по методу Папаниколау – ПАП-тест, определение ДНК вируса папилломы человека полимеразной цепной реакцией (ПЦР) гистологическое исследование биоптатов шейки матки.

Полученные результаты: при изучении состояния шейки матки у женщин с ПВИ(16,18серотипы) была получена следующая кольпоскопическая картина: эктопия с нормальной зоной трансформации 5(33%), эктопия с атипической зоной трансформации 9(60%), включающая ацетобелый эпителий 7(47%), мозаику нежную 3(20%), грубую 3(20%), пунктуацию 4(27%), атипические сосуды 1(7%). У женщин без ПВИ, следующая кольпоскопическая картина: эктопия с нормальной зоной трансформации 12(41%), эктопия с атипической зоной трансформации 14(48%), включая ацетобелый эпителий 6(21%), мозаика нежная 5(17%), грубая 1(3%), пунктуация 3(10%), атипические сосуды 1(3%). Диаграмма1:



При изучении цитологических мазков выявлено: у женщин с ПВИ (16,18 серотипы) дисплазия I (7%), лейкоплакия II (13%), койлоциты 3 (20%), цервицит 9 (60%), у женщин без ПВИ: дисплазия I (3%), лейкоплакия I (3%), цервицит 12 (41%). Количество проведенных биопсий в группе женщин с ПВИ(16,18 серотипы) - 7 (47%), в группе без ПВИ – 11 (38%). Но в результате проведенного гистологического исследования у женщин с ПВИ(16,18 серотипы) обращает внимание выявленные случаи дисплазии II и дисплазии III(тяжелая дисплазия). В группе женщин без ПВИ был выявлен один случай легкой дисплазии (CINI).

Выводы: Наше исследование отображает высокую клиническую значимость и целесообразность диагностики ПВИ у женщин с фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки. «Положительный» тест на ВПЧ высокоонкогенных типов, даже при «отрицательном» цитологическом скрининге, является показанием для проведения кольпоскопии. Прогностическая значимость цитологического метода увеличится в сочетании с проведением тестов на ВПЧ высокоонкогенных типов. Необходимо выделять женщин с ПВИ высокого онкогенного риска, с имеющимися фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки, в диспансерную группу, требующую особого ведения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андреева Е.Н., Григорян О.Р., Ужегова Ж.А.//Проблемы репродукции. – Москва, 2006.- 17-23
2. Бебнева Т.Н.// Гинекология. - Москва, 2007.-Т9, №1.-20-23
3. Кулаков В.И., Паавонен Й., Прилепская В.Н. и др. Профилактика рака шейки матки. Руководство для врачей. – Москва, 2007
4. Прилепская В.Н.// Гинекология. - Москва, 2007.-Т9, №1.-12-14
5. Стрижаков А.Н., Буданов П.В.//Тезисы международного конгресса. Практическая гинекология: от новых возможностей к новой стратегии. – Москва, 2006. – 174
6. Шипицина Е.В., Золотоверхая Е.А., Юшманова Е.С. и др. // Журнал акушерства и женских болезней. – С.-Петербург, 2006.-4.-81-86

СПЕКТРАЛЬНЫЕ И ВОЛНОВЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Кожомбердиев Б., Макимбетова Ч., Бебинов, Букуев Н.

Кыргызско-Российский Славянский университет

Национальный центр онкологии

Кафедра физиологических дисциплин

Научный руководитель: д.м.н., проф. Кононец И. Е.

Актуальность. Различными изысканиями в физиологии и клинической медицине была показана информативность использования статистических и спектрально-волновых характеристик сердечного ритма (СР) для оценки общего состояния организма человека. [1-4, 6]. Однако недостаточно изучены возможности использования вариационной ритмографии для оценки адаптивных возможностей человека, а также его неспецифической резистентности в условиях стресса, каким является наличие тяжелого заболевания или проведение хирургического вмешательства [5, 7-9]. В этой связи изучение характеристик СР для оценки общего состояния организма при различных патологических состояниях является весьма актуальным.

В течение всей жизни в организме человека постоянно на первый план выходит развитие одной или нескольких функциональных систем и поэтому в течение определенного периода (возрастные интервалы, появление болезней, стрессовых ситуаций) начинается рассогласование регуляторных систем. Это бесспорно должно отражаться на ведущих регуляторных механизмах организма, а именно на вегетативной нервной системе [1, 2].

В этой связи изучение характеристик СР для оценки общего состояния организма при различных патологических состояниях является весьма актуальным.

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилось изучение возможности использования кардиоритмографии и спектрального анализа у больных с онкогинекологической патологией в процессе хирургического лечения.

Материал и методы исследования. За период с 2004 по 2008 гг. нами проведено исследование ритма сердца и спектрально-волновых характеристик у 118 женщин, получивших ситуационное лечение (хирургические вмешательства) по поводу различных патологических состояний женских половых органов. Все больные были госпитализированы в Национальный центр онкологии Минздрава Кыргызской Республики. После соответствующего обследования, всем больным были проведены оперативные вмешательства различного типа.

Ритмограмма регистрировалась автоматизированной системой анализа СР, куда входят компьютер IBM PC/ AT, ритмограф RG-02, АЦП (аналого-цифровой преобразователь) и программное обеспечение системы. Кардиосигналы с груди пациента снимались с помощью электродов, подключенных к ритмографу. Последний подключался к компьютеру через АЦП. Анализировались следующие показатели: характеристика СР, выводы о вегетативной регуляции, анализ нарушений проводимости и ритма сердца.

Регуляция СР изучалась методом гистографического и спектрального анализа волновой структуры сердечного ритма по Д. Жемайтите, при котором проводился анализ продолжительности временных пауз между сердечными сокращениями [6]. Анализировались показатели, косвенно свидетельствующие о симпатическом, парасимпатическом и гуморальном воздействии на ритм.

Проводилась оценка СР в условиях покоя, активном ортостазе (АОП), спектральный анализ сердечного ритма. Оценивали показатели стационарной части ПГ: RR – средняя величина RR-интервала, σ_{RR} – среднее квадратичное отклонение, показатель общей дисперсии волн СР, $\sigma_{HЧС}$, мс – низкочастотных волн, модулируемых гуморальным действием на СР; $\sigma_{СЧС}$ – среднечастотных волн, связанных с колебаниями тонуса артерии синусового узла, отражающих симпатическое влияние; $\sigma_{ВЧС}$ – высокочастотных волн, вызываемых раздражением блуждающего нерва. Это показатель оценивали как парасимпатический признак. Известно, что конечный результат регулирующего воздействия на СР связан с взаимодействием всех компонентов многофакторной регуляции, на уровне симпатического узла четкой детерминированности между симпатическим и парасимпатическим действием не существует. Поэтому оценивают также соотношение частотных характеристик волнового энергетического спектра СР по вкладам в общую дисперсию – $\sigma_{HЧС}\%$, $\sigma_{СЧС}\%$, $\sigma_{ВЧС}\%$. А также изучают σ_{RR} – дисперсия СР, ДА мс – амплитуда дыхательной аритмии, ДП, л/мин мм рт. ст. – двойное произведение

Величины ВЧС, СЧС и НЧС выражали в относительных единицах, которые представляют процентный вклад каждой колебательной составляющей в общую мощность спектра.

Результаты исследования. Для выяснения взаимоотношений симпатической и парасимпатической нервной систем в регуляции сердечного ритма нами обследовано 118 женщин, в том числе 75 больных злокачественными новообразованиями (яичников, тела и шейки матки). Остальные 43 женщины были с доброкачественными опухолями яичников и тела матки (кисты, кистомы, текомы яичников, миомы матки). Анализ больных по нозологическим единицам, а также по возрастам представлен в таблице 1. Примерно половину обследованных больных составили женщины в возрасте от 35 до 50 лет. Больных в среднем и относительно молодом возрасте было поровну (по 30%), т.е. одна треть от всех обследованных. Т.е. исследуемые группы практически были однородными.

Исследование было проведено до и после (через 3 суток) после оперативного вмешательства.

Таблица 1

Характеристика больных, подвергшихся оперативному вмешательству по поводу гинекологических операций

Возраст	Злокачественные опухоли	Доброкачественные опухоли	Всего
До 35 лет	20 (26,6%)	16 (37,2%)	36 (30,5%)
36-50 лет	24 (32,0%)	12 (27,9%)	36 (30,5%)
50 лет старше	31 (41,3%)	15 (34,8%)	46 (38,9%)
Всего	75 (100,0 %)	43 (100,0 %)	118 (100,0 %)

По поводу злокачественных новообразований больным выполнен следующий объем оперативных вмешательств – расширенная экстирпация матки с придатками с иссечением регионарных лимфоузлов (операция Вертгейма), типичная экстирпация матки с придатками, овариоэктомия с сальпингэктомией. По поводу доброкачественных опухолей выполнялись надвлагалищная ампутиация и овариоэктомия.

Анализ проведенных исследований показал, что у больных, имевших различные опухоли до проведения оперативного вмешательства, не наблюдалось определенных изменений в вегетативной регуляции сердечного ритма.

Проведение хирургической операции сопровождалось определенными изменениями в регуляции сердечного ритма, что выражалось в некотором преобладании парасимпатической отдела у больных, подвергшихся расширенным оперативным вмешательствам по поводу злокачественных новообразований.

Спектральный анализ дисперсии сердечного ритма показал, что в покое в обеих группах больных (более выражено при раке) преобладал тонус блуждающего нерва, но среди больных, подвергшихся расширенным оперативным вмешательствам процентный вклад гуморального механизма регуляции достоверно выше, чем у больных имевших типичные операции (табл. 2). Во время вставания у больных основной группы происходило достоверное усиление тонуса вагуса.

В целом, пациентки со злокачественными заболеваниями матки и яичников, подвергшиеся расширенным операциям показали статистически достоверное уменьшение парасимпатической активности, увеличение симпатического влияния, а также увеличение симпатико-парасимпатического баланса ($P < 0,05$), по сравнению с контрольной группой.

Таблица 2

Спектральный анализ сердечного ритма после хирургического вмешательства

Группы/Параметры СР		RR, Mc	бRR, мс	бНЧС, мс	бСЧС, мс	бВЧС, мс	НЧС %	СЧС %	ВЧС %
Доброкачественные	М	822,5	51,4	30,2	21,9	33,4	37,6	20,23	42,0
	м (±)	14,0	2,3	1,4	1,25	1,96	1,9	1,40	2,1
Злокачественные	М	793,3	55,4	26,1	28,9	38,7	28,0	23,65	48,2
	м (±)	18,5	4,2	1,8	3,1	3,3	2,3	1,59	2,5
Достоверность Р <		-	-	0,05	0,05	-	0,05	-	0,05

Таким образом, хирургическое вмешательство с травматизацией нервных стволов сопровождается дисрегуляцией вегетативной нервной системы, более выраженной у больных, получивших расширенные оперативные вмешательства.

Выводы

1. У больных с различной онкогинекологической патологией имеются определенные изменения в регуляции сердечного ритма.
2. Для больных со злокачественными новообразованиями характерно более выраженное влияние симпатического отдела нервной деятельности.
3. Хирургическое вмешательство сопровождается более выраженным парасимпатическим влиянием, особенно при травматизации нервных стволов, возникающих при расширенных операциях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айдаралиев А.А., Баевский Р.М., Берсенева А.П. и др. Комплексная оценка функциональных резервов организма /Фрунзе: Илим, 1988. – 196 с.
2. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональной системы //М.: Наука, 1980. – 196 с.
3. Аршавский И.А. Физиологические механизмы и закономерности индивидуального развития //М.: Медицина, 1982. – С. 23-30.
4. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. М.: Медицина, 1997. – 265 с.
5. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика /Под ред. А.М. Вейна. – М.: Медицина, 1998. – 43 с.
6. Жемайтис Д. И., Каукенас И., Кусас В. и др. Система автоматизированного анализа ритмограмм / В кн. Анализ сердечного ритма //Вильнюс: Мокслас, 1982. – С. 5-22.
7. Коркушко О. В., Иванов Л. А. Показатели функционального состояния сердечно-сосудистой системы при максимальной физической нагрузке в различные возрастные периоды // Врач. Дело. – 1981. - №3. – С.84-88.
8. Levy M. N. Sympathetic-parasympathetic interactions in the heart // Circ Res. – 1971. –V.29. – P. 437-45.
9. Mancini R., Cosimelli M., Filippini A., Tedesco M. Nerve-sparing surgery in rectal cancer: feasibility and functional results //J Exp Clin Cancer Res. – 2000. – V. 19(1). – P.35-40

УДК 616.5-056.3:616.248]-053.2(470-25)(571.16)

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ GA2LEN ПО ДАННЫМ МОСКВЫ И ТОМСКА

Колomeeц И. Л., Кравец И. С.

Сибирский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской педиатрии с курсом детских болезней лечебного факультета

Научный руководитель: к.м.н., асс. Деев И. А.

Наиболее распространённая методика оценки распространённости аллергического ринита (АР), атопического дерматита (АД) и бронхиальной астмы (БА) в популяции основана на регистрации обращаемости населения в лечебно-профилактические учреждения [1, 2]. В таком случае, данные, полученные по обращаемости, не позволяют оценить реальную картину распространённости симптомов и клинически диагностированных заболеваний. В этой связи международными экспертами были разработаны и одобрены ВОЗ (Всемирная Организация здравоохранения) стандартизированные методы эпидемиологических исследований. Наибольшее распространение получил вопросник программы ISAAC (International Study of Asthma and Allergy in Childhood – Международное исследование астмы и аллергии у детей) [3]. Однако применение вопросника ISAAC имеет ограничения по возрасту респондентов – школьники младших (6-7 лет) и старших (13-14 лет) классов, при этом другие возрастные категории детей остаются без должного внимания. В связи с этим комитетом экспертов Европы по астме и аллергии была разработана и предложена программа GA2LEN (Global

Allergy and Asthma European Network – Глобальная сеть по Аллергии и Астме в Европе) [4, 5, 6]. Протокол данной исследовательской программы позволяет получать сравнимые в разных странах и регионах результаты в популяции детей – подростков в возрасте от 15 до 17 лет. Результаты, приведённые в данной статье, получены двумя исследовательскими коллективами из Москвы (д.м.н., профессор Л.С. Намазова-Баранова – Научный центр здоровья детей РАМН) и Томска (д.м.н., профессор, член-корр. РАМН Л.М. Огородова – ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава).

В указанных центрах из собственных баз данных создана сплошная выборка детей в возрасте от 15 до 18 лет. Выбранным пациентам почтой России разосланы письма-приглашения к участию в исследовании, содержащие вопросники. В рамках протокола GA2LEN согласившимся на участие считался респондент, вернувший по почте в исследовательский центр заполненные вопросники (данное условие было описано для пациентов и их родителей в письме – приглашении, конверты для возврата вопросников были вложены исследователями в общий пакет для участника при рассылке).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием стандартного пакета программ Statistica for Windows 6,0, результаты представлены в виде $\bar{X} \pm x$, где $\bar{X}$ – среднее значение, x – ошибка среднего. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

В исследование были включены 1004 подростка из города Москвы и 1010 – из Томска. При условном распределении 1:1 выборки обоих исследовательских центров по количеству включённых пациентов были сопоставимы ($p = 0,818$). Клиническая характеристики подростков, включённых в исследование представлена в табл. 1.

Таблица 1

Распределение подростков, включённых в исследование GA2LEN в Москве и Томске по половому признаку и возрасту на момент заполнения опросника

Показатель	Общие		Москва		Томск	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Пол						
Мальчики	839	44,63	484	48,79	355	39,98
Девочки	1041	55,37	508	51,21	533	60,02
Возраст						
Все подростки, Mean±St. Err.	15,48±0,02		15,37±0,03**		15,61±0,04	
Мальчики, Mean±St. Err.	15,41±0,03*		15,36±0,04		15,47±0,06*	
Девочки, Mean±St. Err.	15,54±0,03		15,37±0,04**		15,69±0,04	

Примечание: * $p < 0,05$ при сравнении показателя в группе мальчиков и девочек (тест Mann - Whitney); ** $p < 0,05$ при сравнении аналогичного показателя в Москве и Томске (тест Mann - Whitney)

Согласно данным табл. 1. при распределении по полу в популяции подростков значимых различий установлено не было как между регионами проживания респондентов, так и внутри групп по географическому признаку (Москва vs Томск). При этом во всей популяции и в городе Томске, средний возраст девочек, включённых в исследование, был достоверно выше, по сравнению с мальчиками (включённых в исследование). Данный параметр у подростков города Москвы был, сопоставим независимо от пола. Однако при сравнении между городами (Москва и Томск) возраст респондентов в целом, а так же в популяции девочек был достоверно больше в Томске.

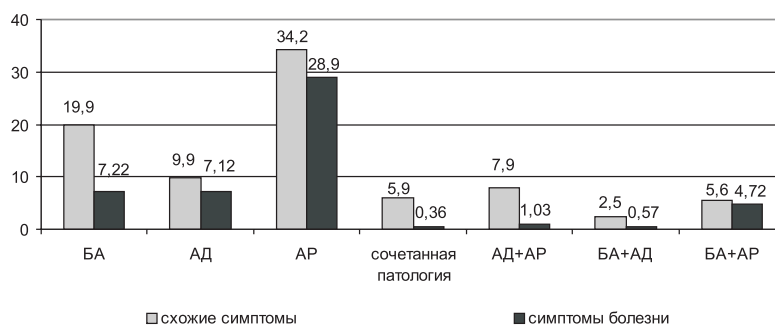


Рис. 1. – Распространенность симптомов и клинически диагностированных заболеваний среди исследуемых респондентов

Примечание: учитывалось как отдельные нозологические симптомы и заболевания, так и различные варианты их сочетания; * $p < 0,05$ при сравнении распространенности симптомов и диагнозов в нозологических группах (тест χ^2)

Анализ распространенности симптомов и клинических диагнозов показал (рис.1.): частота встречаемости в популяции астмоподобных симптомов (АПС) составляет порядка 20%, что на 13% больше распространенности диагноза БА ($p = 0,0001$). При этом только 30% подростков, указавших на наличие АПС не имели аллергических проблем со стороны других органов и систем. В то время как диагноз астмы, как самостоятельное заболевание отмечается лишь у 4,5%. При этом девочки чаще мальчиков указывали на наличие затрудненного дыхания ($p < 0,05$).

При анализе данных распространенности аллергических симптомов на коже установлено, что диагностированный АД в 3,24 раза чаще встречается у подростков, чем другие аллергические заболевания ($p = 0,0001$). При этом только у 6,6% диагноз АД не сопровождался сочетанной аллергической патологией, тогда как симптомы на коже в 29,7% были самостоятельными. При стратификации данных в зависимости от пола и региона проживания установлено, что симптомы на коже, а также диагностированный дерматит характерны для лиц женского пола ($p < 0,05$).

Анализ распространенности симптомов АР, а также диагностированного ринита показал, что частота встречаемости симптомов ринита, больше чем заболеваемость АР ($p=0,012$). При этом АР, как самостоятельное заболевание наблюдался у 37,3%, в то время как сочетание жалоб со стороны носа с другими симптомами встречается у 33,7% респондентов, указавших на наличие симптомов. При анализе, в зависимости от пола и места проживания установлено, что симптомы со стороны носа, а также на клинически диагностированный АР чаще указывали девочки, как среди всей исследуемой популяцией, так и среди респондентов Томска ($p<0,05$).

Анализ распространенности сочетанной патологии показал, что наличие всех симптомов в популяции подростков сопоставимо с наличием всех аллергических диагнозов. Однако следует отметить, что сочетание двух любых патологических процессов имеет отличия. Так сочетание АПС и симптомов со стороны носа встречается в популяции в 4,5 раз чаще ($p<0,05$), чем сочетание КДБА и диагностированного АР. При этом девочки чаще мальчиков ($p=0,035$), имеют два указанных симптома, в то время как среди подростков диагнозами преобладают мальчики ($p=0,035$). Стратификация в зависимости от региона проживания показала, что подростки в Москве чаще указывали как на наличие двух симптомов, так и на сочетание диагнозов БА и АР в сравнении с подростками Томска ($p=0,007$ и $p=0,029$ соответственно). При анализе частоты встречаемости АПС и аллергии со стороны кожи против сочетания КДБА и диагноза АД было установлено, что сочетание симптомов наблюдается среди подростков чаще, чем регистрируются соответствующие диагнозы ($p=0,0047$). При стратификации пациентов данных групп в зависимости от пола и места проживания достоверных отличий не выявлено. Стоит отметить, что сочетание диагноза АР и АД встречаются чаще в популяции подростков, чем сочетание аллергических симптомов со стороны носа и кожи одновременно ($p<0,05$). Стратификация по половому признаку показала, что девочки в сравнении с мальчиками чаще предъявляют жалобы на симптомы ринита и дерматита (в обоих случаях $p<0,05$).

Таким образом, проведенное исследование показывает значительные расхождения с данными официальной статистики относительно распространенности симптомов аллергопатологии и клинически диагностированных аллергических заболеваний. Использование единого методологического подхода в изучении эпидемиологии дает возможность сравнивать результаты в различных регионах и странах, позволяя определить региональные особенности формирования и динамики течения заболеваемости

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Masoli M, Fabian D, Holt S, Beasley R. The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report. *Allergy* 2004;59(5):469-78
2. Beasley R. The Global Burden of Asthma Report, Global Initiative for Asthma (GINA). Available from <http://www.ginasthma.org>; 2004.
3. International Study of Asthma and Allergy in Childhood [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – 2008. – режим доступа: www.isaac.org
4. Almqvist C., Worm M., Leynaert B. Impact of gender on asthma in childhood and adolescence: a GA2LEN review. *Allergy*. 2008 Jan;63(1):47-57.
5. Van Cauwenberge P., Watelet J.B., Van Zele T., Wang D.Y. Does rhinit lead to asthma? *Rhinology*. 2007 Jun;45(2):112-21
6. Werfel T., Ballmer-Weber B., Eigenmann P.A., Niggemann B., Rance F. Eczematous reaction to food in atopic eczema: position paper of the EAACI and GA2LEN. *Allergy*. 2007 Jul;62(7):723-8.

УДК 616.31:612.67-02:616-058

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ И ФАКТОРЫ РИСКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА (НА ПРИМЕРЕ КГЦ «УЮТ»)

Комарова Е. А., Халабурда А. В., Шушакова А. А., Кокина А. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом ПО*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Тихонова Н. В.

Актуальность проблемы. Демографическая ситуация в нашей стране складывается так, что среди населения все больший удельный вес занимают люди старших возрастных групп - «пожилые». Необходимо отметить, что большинство этих людей сохраняют активную жизненную позицию, их опыт и знания востребованы обществом, они продолжают работать и приносить большую пользу государству и своей семье. Однако, пожилым особенно необходима квалифицированная поддержка, способная обеспечить необходимое качество уровня жизни, ведь с возрастом организм человека стареет [2].

Здоровые зубы выполняют основные функции, способствующие поддержанию высокого качества жизни: являются главным фактором, обуславливающим качество питания; обеспечивают нормальной речью, а значит — коммуникабельностью, следовательно — полноценностью психики и поведенческих реакций в любом возрасте, играют эстетическую роль; являются символом благополучия [3]. Для того чтобы определить эффективность тех или иных мероприятий, направленных на улучшение и сохранение здоровья людей, чаще всего в последние годы стали использовать такой количественный показатель, как качество жизни. Понятие «качество жизни» давно вошло в обиход социологов, имеет две стороны - внутреннюю, зависящую от самой личности человека, и внешнюю, обусловленную степенью развития общества, государства [1].

Стоматологическое здоровье влияет как на физическое и психологическое состояние человека, так и на его социальное благополучие [4]. Стоматологические заболевания влияют на общее здоровье, причиняя значительную боль и страдания, изменяют рацион питания человека, его речь, благополучие, т.е. на его качество жизни [6].

Оценка качества жизни - новое и перспективное направление медицины, которое дает возможность точнее оценить нарушения в состоянии здоровья пациентов, яснее представить суть клинической проблемы, определить наиболее рациональный метод лечения, а также оценить его ожидаемые результаты по параметрам, которые находятся на стыке научного подхода специалистов и субъективной точки зрения пациента [5].

Цель исследования: разработать рекомендации по формированию здорового образа жизни пациентов пожилого возраста для улучшения их стоматологического здоровья и качества жизни.

Задачи исследования:

1. Изучить социально-гигиенические аспекты медико-социального статуса пациентов пожилого возраста.
2. Провести анализ факторов риска стоматологического здоровья пациентов КГЦ «Уют».
3. Дать оценку качества жизни лиц пожилого возраста.
4. Разработать рекомендации по формированию ЗОЖ, укреплению стоматологического здоровья.

Материалы и методы: Объектом нашего исследования являются люди пожилого возраста: женщины - 55-74 лет, мужчины - 60-74 лет, общее количество которых составило 35 человек, проживающие на территории города и края, проходившие курс реабилитации в геронтологическом центре «Уют». Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе, методом добровольного анкетирования пациентов и выкопировки данных из медицинской документации КГЦ «Уют» определялся медико-социальный статус, жалобы на самочувствие, зубную боль, частота и метод чистки зубов, ношение зубных протезов и др. На втором этапе путем интервьюирования исследуемых пациентов определялся уровень качества жизни. В качестве основного способа оценки качества жизни применяется метод QALY, по алгоритму определения полезности на основе таблиц, разработанный Торренсом и соавторами. Обработка полученных данных осуществлялась при помощи компьютерных программ Microsoft Access и Excel для Windows 2003 XP. Описательная статистика была выполнена для всех анализируемых показателей в зависимости от типа переменной: при анализе количественных переменных вычислялись среднее арифметическое, ошибка среднего, стандартное отклонение, медиана, максимальное и минимальное значения, а при анализе качественных переменных определялась частота и доля от общего числа в процентах.

Полученные результаты: по результатам исследования пациенты разделились на группы по половому признаку в следующем процентном соотношении – только 20% мужчины и 80% обследуемые женщины. В группе пациентов пожилого возраста отношение по подгруппам соответствует: 14% - лица в возрасте от 55 – 59 лет, 40% - лица в возрасте 60 – 64 лет, 37% - лица 65 – 69 лет и 23% - лица в возрастном интервале 70 – 74 года. Средний возраст группы $66,9 \pm 0,33$ ($p < 0,05$). По распределению места жительства обследуемых лиц было выяснено, что 66% проживают в городе, и только 34% в сельских районах края. При изучении структуры заболеваемости лиц пожилого возраста нами установлено, что наибольший удельный вес среди всех видов патологии имеют болезни системы кровообращения – 44% из общего числа обследованных ($p < 0,05$).

Анализ факторов риска стоматологического здоровья пациентов ГЦ «Уют» показал, что беспокойство по поводу частой зубной боли испытывают 17% обследованных лиц, редкие болевые ощущения испытывают 63% лиц и совсем не беспокоит зубная боль всего 20% обследуемых.

За последние 5 лет на приеме у врача-стоматолога наблюдалось 86% обследуемых (более половины), не наблюдалось – 14% лиц. На момент исследования только 20% лиц отметило у себя хорошее самочувствие, 74% - удовлетворительное и 6% - неудовлетворительное.

Ополаскивают полость рта после еды большая часть - 82% пациентов, не ополаскивают – только 18% пациентов. Почти треть обследуемых пациентов чистят зубы всего один раз в день. При исследовании используемой пациентами зубной пасты получены следующие результаты: 30% используют пасту «Колгейт», 17% пользуются пастой «Блендамед», 17% - пастой «32 норма», 9% - «Аквафреш», 9% - «Мятная», 6% - «Семейная», 6% - «Кедровый бальзам», 3% - «Жемчуг» и 3% - «Лесной бальзам». При разделении используемой зубной пасты по ценовой категории получилось следующее: зубную пасту стоимостью до 15 рублей использует 17% обследуемых, пастой от 16 до 25 рублей пользуются 26% обследуемых, пасту за 26 – 35 рублей использует 31% обследуемых и зубную пасту от 36 рублей и выше приобретает только 26% обследуемых лиц.

В качестве дополнительных средств гигиены полости рта только 37% обследуемых использует ополаскиватель для рта, полоскание раствором сода соль, травы, зубочистки. Не используют дополнительные средства гигиены полости рта 63% обследуемых лиц (более половины). В качестве основного способа оценки качества жизни нами применялся метод QALY. При подсчете коэффициента полезности было получено, что качество жизни в интервале 0,5-0,64 присутствует только у 42% обследуемых лиц, качество жизни в интервале 0,27-0,5 – у 58% (более половины лиц) обследуемых. Максимальное значение качества жизни в группе составило 0,64 и отмечалось только у 14,3%, минимальное значение составило 0,27 и отмечалось у 25,7% обследованных пациентов. Кроме того, нами был проведен субъективный анализ качества жизни пенсионеров, который также показал, что 64% опрошенных не удовлетворены качеством жизни, причем женщин больше на 6,6% ($p < 0,05$). Наблюдается прямая корреляционная зависимость между уровнем оценки стоматологического здоровья и уровнем качества жизни (коэффициент корреляции 0,73).

Выводы:

1. Медико-социальный статус обследуемых пожилых лиц характеризуется показателем среднего возраста – $66,9 \pm 0,25$ лет, преобладанием женщин (80%). В пожилом возрасте структура заболеваемости значительно меняется в результате уменьшения числа острых заболеваний и увеличения хронической патологии. При изучении структуры заболеваемости установлено, что наибольший удельный вес среди всех видов патологии имеют болезни системы кровообращения – 44% из общего числа обследованных ($p < 0,05$). Второе место среди всех видов патологии занимает заболевания органов дыхания - 15%. На третьем месте - заболевания желудочно-кишечного тракта – 10%. При распределении обследуемых лиц по месту жительства было выявлено, что 66% проживают в городе, и только 34% лиц в сельских районах края.

2. Анализ факторов стоматологического здоровья пациентов КГЦ «Уют» показал, что беспокойство по поводу зубной боли (как редкое, так и частое) испытывают 80% обследуемых лиц, 14% лиц не находятся под наблюдением врача-стоматолога. Самооценка стоматологического статуса у 74% обследуемых лиц отмечается как удовлетворительная, а 6% не удовлетворены состоянием своего стоматологического здоровья, что объясняется ухудшением состояния полости рта и необходимостью более тщательного ухода. Частота чистки зубов у 26% пациентов составила только 1 раза в день, 18% лиц не ополаскивают полость рта после еды. Однако пациенты в своем большинстве (31%) используют зубную пасту стоимостью от 26 до 35 рублей и выше (26%), что свидетельствует о желании и стремлении к рациональной гигиене полости рта; 51% обследуемых лиц пользуются съемными и несъемными зубными протезами, но 63% лиц не используют дополнительные средства гигиены полости рта, что является необходимым, так как ношение зубных протезов ухудшает гигиеническое состояние полости рта.

3. Наблюдается прямая корреляционная зависимость между уровнем оценки стоматологического здоровья и уровнем качества жизни. Анализ качества жизни показал, что уровень качества жизни в интервале 0,5-0,64 отмечается только у 42% обследуемых лиц, качество жизни в интервале 0,27-0,5 – у 58% (более половины лиц) обследуемых. Максимальное значение качества жизни в группе составило 0,64 и отмечалось только у 14,3%, минимальное значение составило 0,27 и отмечалось у 25,7% обследованных пациентов. Субъективный анализ качества жизни пенсионеров показал, что 64% опрошенных не удовлетворены качеством жизни, что подтвердило исследование по методике QALY.

4. На основании проведенного исследования и полученных результатов, разработаны рекомендации по формированию ЗОЖ и укреплению стоматологического здоровья.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гуревич К.Г., Фабрикант Е.Г. Здоровье. Качество жизни в стоматологии. Зубной протез и здоровье // Сборник научных работ по материалам научно-практической конференции. – Москва, 2004. – С. 18 - 20
2. Гусева Н.К., Дюотова М.В. Основные социальные проблемы лиц пожилого и старческого возраста, связанные с их здоровьем, и современный подход к оказанию медико-социальной помощи // Клиническая геронтология. – Москва, 2004. - № 1. – С. 10 - 12
3. Ларионов В.С. Стоматологическое здоровье как критерий качества жизни пожилых людей // Психология зрелости и старения. – Новокузнецк, 2006. - №2. – С. 62-67
4. Ларионов В.С. Стоматологическая патология пожилых людей как критерий соматического здоровья // Сборник материалов 3-ей межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. – Новокузнецк, 2006. – С. 97-99
5. Новик А.А., Ионов Т.И. Руководство по использованию качества жизни в медицине // СПб, 2002. – С. 246-250
6. Чижов Ю.В., Цимбалстов А.В., Новиков О.М. Методика комплексной оценки состояния стоматологического здоровья людей пожилого и старческого возраста // Красноярск, 2005. – С. 24-27

УДК 614.2:616-053.2:362.611(470)

СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМЫ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В РОССИИ

Коневши Ю. Н.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра латинского и иностранных языков*

Научный руководитель: к.д.н. Гаврилюк О. В.

Основная цель данной работы - раскрыть социальный аспект проблемы детей-инвалидов в России.

В стране по разным оценкам их может быть около миллиона, точная официальная статистика – я ее позже приведу – не вполне надежна. Проблемы этих детей, проблемы их семей, известны, прежде всего, тем, кто в этой области работает - но только им. Широкая общественность, к сожалению, почти не знает проблем этих детей, не интересуется ими, избегает данных проблем по принципу «чужаков». Между тем, дети-инвалиды – это реальные дети, имеющие лицо и характер. Их тело, в случае серьезных, множественных нарушений развития, способное своим видом вызывать отторжение у здоровых людей; душа, живущая в предельной скудости возможностей, зачаточный интеллект (если речь идет о детях с серьезными нарушениями) – все это есть единственное, чем они владеют, это все, что им дано, что они знают – с первого дня и до конца жизни.

Перехожу к внешней стороне проблемы, к статистике больных детей, к их ситуации в целом. Я использую цифры Уполномоченного по правам человека, приведенные в его докладе в мае 2006 года, и некоторые другие источники.

Прежде всего, общая численность детей в России уменьшается, детей становится меньше. За последние восемь лет количество детей уменьшилось с 36 миллионов до 29 миллионов. Количество сирот, напротив, выросло (на 18%), их стало 734 тысячи. Треть детей рождается вне брака, каждый пятый живет в неполной семье; 1% всех детей живет вне семьи: это или бездомные дети, или сироты в интернатах, причем часто при живых родителях, то есть, они - «отказники».

В отношении детей-инвалидов я встречала следующие цифры: в 1980 году их было зарегистрировано около 50 тысяч. В 1990 году - 155 тысяч. На 1 января 2005 года численность детей-инвалидов, находящихся на учете в органах социальной защиты составила 593 тысячи, то есть, 2% всех детей России. Значит, с 1980 г. , если верить этой статистике, количество детей-инвалидов в стране возросло в 13 раз, а с 1990 г. – почти в 4 раза. Возможно, менялись критерии оценки инвалидности, но сильный рост количества детей-инвалидов несомненен.

Реально в России их, возможно, еще больше, поскольку нет единой системы учета детей-инвалидов. В интернете встречаются данные Московской Хельсинской группы, в соответствии с которыми количество детей с ограниченными возможностями в России определялось 5% всех детей, то есть, оценивалось в 1.5 миллиона. Из всех таких детей в 20% случаев это психические расстройства, столько же случаев врожденных аномалий, например, болезней сердца и системы кровообращения, и других. Статистика болезней нервной системы, типа ДЦП, колеблется от региона к региону, и составляет от 16% до 35% всей детской инвалидности. Детей-аутистов в стране около 150 тысяч. Слепых детей в России насчитывается 12 тысяч.

Опыт показывает, что помощь ребенку с ограниченными возможностями эффективна в том случае, если она адресована именно ему, если в основе помощи положены личные, человеческие отношения. В нашем обществе распространено мнение о том, что необходимо изъятие ребенка-инвалида из семьи и социума, и помещение его в особые условия, в изоляцию, в интернат. И родители ребенка с явной патологией уже в роддоме подвергаются уговорам отказаться от ребенка. И тогда ребенок попадает в детский дом.

Из детей-даунов, попавших из роддомов в дома ребенка, по оценкам специалистов Центра лечебной педагогики в Москве, 40% детей умирают на первом же году жизни; до взрослого возраста доживает едва ли каждый десятый.

В проблеме детей-инвалидов надо иметь в виду и их будущее трудоустройство. Работа – это, ведь, не только работа, это мощный инструмент социализации человека, его реабилитации (если речь идет об инвалидах). Не все инвалиды способны выполнять какую-то работу. Но даже если бывший ребенок-инвалид способен выполнять ее, он не может работу получить. У нас занятость повзрослевших детей-инвалидов не превышает 15%, в то время как в США она в два раза выше, в Великобритании – почти в три. В Китае же 80% всех инвалидов, так или иначе, вовлечены в работу.

Одной из первых родительских организаций в России была созданная в 1989 году при НИИ дефектологии (ныне Институт коррекционной педагогики) общественная организация родителей «Добро», для помощи аутичным детям. Главнейшей задачей ее было именно представлять и отстаивать права детей с аутизмом. В том же году появился «Центр лечебной педагогики» в Москве, также как общественная организация родителей и педагогов. Стали появляться и другие родительские организации, в других регионах и в связи с другими заболеваниями детей.

В настоящее время в России существуют сотни центров или родительских организаций. Подобный центр есть и в Красноярске, это Городской реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Радуга». Целью деятельности Центра является оказание детям и подросткам с ограниченными возможностями квалифицированной

медико-социальной, социально-бытовой, психолого-педагогической и профориентационной помощи для устранения или более полной компенсации ограничений жизнедеятельности, вызванной нарушением здоровья со стойким нарушением здоровья.

Работа специалистов Центра осуществляется по следующим направлениям:

- Психолого-педагогическое. Создание благоприятных условий для наиболее полной адаптации ребенка-инвалида в социальной среде, а также для формирования и развития у него оптимального уровня знаний, умений, навыков.
- Социально-бытовое. Компенсация, формирование или развитие бытовых навыков и умений, навыков самообслуживания, необходимых ребенку-инвалиду в повседневной жизни.
- Медико-социальное. Замещение или компенсация утраченных функций организма.
- Профориентационное. Создание условий до полной или частичной интеграции детей-инвалидов в общество путем профессиональной ориентации.
- Организационно-методическое. Формирование научно-методической базы для обеспечения работы специалистов Центра.

До 3 лет работа с ребенком направлена на:

- Формирование полноценного восприятия ребенком окружающей действительности: формирование полноценных представлений об окружающем мире, развитие высших психических функций (внимание, память, мышление) и коррекция их нарушений;
- Логопедическая коррекция;
- Устранение сформировавшегося у ребенка патологического двигательного стереотипа и создание оптимальных для развития физиологических стато-моторных функций;
- Физическая реабилитация – физические упражнения в воде в сочетании с подводным массажем (аквакинезотерапия).

В 4 – 7 лет проводится

- Логопедическая коррекция;
- Комплексная коррекция нарушений развития средствами логопедического, музыкально-ритмического и физического воспитания;
- ЛФК по индивидуальным программам в соответствии с возможностями ребенка;
- Интенсивная коррекция патологического двигательного стереотипа с использованием костюма «Гравистат»;
- Нормализация положения ребенка в пространстве, имеющего ДЦП и другие заболевания ЦНС и опорно-двигательного аппарата с помощью тренажера «Гросса»;
- Занятия по социально-бытовой ориентировке (самообслуживание, элементарные навыки социального поведения);
- Подготовка к поступлению в общеобразовательные учреждения (посещение детьми групп кратковременного пребывания).

В 8 – 14 лет проводится:

- Включение детей с особыми нуждами в среду типично развивающихся сверстников;
- Группы кратковременного пребывания детей младшего и среднего школьного возраста;
- Расширение социального опыта ребенка;
- Расширение возможностей социальной адаптации средствами искусства, участия в общественной и культурной деятельности;
- Бытовая ориентация, развитие умений и навыков самообслуживания;
- Коррекция познавательных процессов, физического и моторного развития.

Для детей старше 15 лет проводится:

- Профессиональная диагностика возможностей и потенциалов ребенка;
- Расширение информационного поля о доступных профессиях;
- Социально-психологическое консультирование и поддержка;
- Индивидуальный подбор учебных заведений.

Несмотря на то, что эти дети в какой-то мере неполноценны, они раскрывают свои способности с помощью художественного труда. Существуют различные формы:

- Тестопластика
- Работа с различными материалами
- Работа с цветной бумагой
- Работа с пластилином

Также в центре широко применяется музыкотерапия. Музыкотерапия способствует развитию у детей с ограниченными возможностями эмоционального реагирования.

В центре работают хорошо профессионально подготовленные специалисты с добрым сердцем и открытой душой. Но не только они! В центре очень развита работа волонтерских движений. В частности Волонтерское движение Студенческого Совета КрасГМУ, в котором я состою, принимает активное участие в жизни ребяташек посещающих данный центр.

Подводя итог, хотелось бы сказать, что мы должны помнить, как бы не выглядел ребенок и насколько бы не было плохо его здоровье – это прежде всего ребенок. И ему требуется много внимания, заботы и ласки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. С.А.Сошинский Дети-инвалиды: социальные проблемы и неожиданные открытия // Православие и мир, 2007 г.
2. Д.Ф. Мосунов Проблемы организации начального обучения детей-инвалидов // Теория и практика физической культуры, 2008 г.
3. Т. К.Мальцева Медико-социальные и психолого-педагогические проблемы реабилитации детей-инвалидов // Вестник 2007 г.
4. Т.Л.Любимова Дети-инвалиды в обществе, церкви и семье // Православие и мир, 2008 г.
5. Малофеев Н.Н. Современный этап в развитии системы специального образования в России. (Результаты исследования, как основа для построения проблемы развития) // Дефектология. №4, 1997.
6. Н. Ф. Дементьева, Г. Н. Багаева, Т. А. Исаева Социальная работа с семьей ребенка с ограниченными возможностями // Институт социальной работы, М., 1996 г.
7. Ткачева В. В. О некоторых проблемах семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии // Дефектология. 2008 г.

ВЛИЯНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА МОТИВАЦИЮ УЧЕНИЯ У СТУДЕНТОВ 1 И 2 КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Коновалова Е. В., Панова И. В., Чернопазова Т. В.

Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера
Кафедра нормальной, топографической и клинической анатомии, оперативной хирургии
Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель: к.м.н., доц. Цветкова Т. Ю.

Актуальность проблемы. Вступая в юношеский возраст человек, преодолев самый трудный период своего становления как личности, подростковый период, при поступлении в вуз, попадает снова в достаточно сложный период своей жизни.

Учеба в вузе - один из тех видов деятельности, при котором человек испытывает огромную умственную и нервно-эмоциональную нагрузку. В особенно сложном положении оказываются первокурсники. Определенные личностные особенности имеют значительное влияние на психо-эмоциональное самочувствие студента, такие как темперамент, характер, тревожность, нейротизм, экстраверсия, чувство одиночества. Все это сказывается на формировании мотивации учения.

Темперамент относится к базовым психологическим характеристикам индивидуальности и является той основой, на которой строится человеческая личность. Свойства темперамента накладывают свой отпечаток на проявления характера, определяя динамические особенности их возникновения и протекания.

Г. Айзенк [5] предложил в качестве базисных, два параметра индивидуальности: нейротизм – эмоциональную стабильность; экстраверсию – интроверсию. Экстравертам свойственны импульсивность, инициативность, гибкость поведения, общительность, социальная адаптированность и проявляют себя как «возбудимые и подвижные». Для интровертированного типа характерны фиксация интересов личности на явлениях собственного внутреннего мира, необщительность, замкнутость, социальная пассивность, затруднение социальной адаптации.

Тревожность – индивидуальная психологическая особенность человека, черта характера, проявляющаяся в склонности впадать в состояние повышенного беспокойства и тревоги в тех ситуациях жизни, которые, по мнению данного человека, несут в себе психологическую угрозу для него и могут обернуться для него - неприятностями, неудачами или фрустрацией. Тревожность, как свойство личности, во многом обуславливает поведение субъекта. Определенный уровень тревожности – естественная и обязательная особенность активной деятельности личности. Под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий диапазон ситуаций как угрожающих, отвечая на каждую из них определенной реакцией.

Ситуативная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичным во времени [3].

Так как тревожность – это психическое состояние и включается в число свойств темперамента или выступает как свойство характера. Эти факторы влияют на формирования чувства одиночества человека.

Малоизученными в психологической науке остаются вопросы, связанные с изучением причин потери интереса к учению у студентов, а также проблема их профессиональной ориентации до вуза и в процессе вузовской подготовки.

Цель исследования: изучить индивидуально-психологические факторы, влияющие на формирование мотивации учения студентов 1 и 2 курсов медицинского вуза.

Задачи исследования:

1. Определить уровень тревожности, личностной тревожности и ситуативной тревожности. Определить уровень мотивации учения.
2. Провести сравнительный анализ исследуемых показателей в зависимости от пола, курса, а также между группами студентов 1 и 2 курса.
3. Определить зависимость мотивации учения от уровня тревожности, личностной тревожности и ситуативной тревожности.

Материалы и методы. Нами обследовано 42 студента ПГМА, из них 22 студента первого курса и 21 студент второго курса. Данные по количеству обследуемых студентов представлены в таблице 1.

Таблица 1

Количество студентов в каждой группе

	109 м/ проф	113 леч	212 леч	220 леч
Девушки	7	2	4	7
Юноши	2	10	6	4
Общее кол-во	9	12	10	11

Примечание: м/проф – медико – профилактический факультет, леч – лечебный факультет

Для изучения индивидуальных, психических особенностей применялись методики, которые используются в современных психологических исследованиях:

- 1) методика «Шкала одиночества» [1];
Низкий уровень – 0 - 20 баллов
Средний уровень – 21- 40 баллов
Высокий уровень – 41 - 60 баллов

- 2) тест «Исследование тревожности» (опросник Спилбергера) [1]

Тревожность: высокий уровень - 25 баллов и больше, средний уровень - 11 – 24 балла, низкий уровень - 0 – 10 баллов.

Ситуативная тревожность и личностная тревожность: высокий уровень - 46 баллов и более, средний уровень - 31 – 45 баллов, низкий уровень - 0 – 30 баллов.

3) тест Айзенка (тип темперамента) [6];

Экстраверсия: глубокий интроверт 0 – 5 баллов, интроверт 6 – 9 баллов, экстраверт 10 – 15 баллов, яркий экстраверт 16 – 19 баллов.

4) методика диагностики мотивации учения и эмоционального отношения к учению [4];

Низкий уровень мотивации учения - 0 – 9 баллов, средний уровень - 10 – 30 баллов, высокий уровень - 31 балл и выше.

5) тест акцентуации характера «Чертова дюжина» [2]. Выделяют 13 акцентуаций.

Результаты исследования.

Не выявлено достоверных различий по тревожности между группами студентов. Однако у группы первого курса медико-профилактического факультета имеется тенденция к повышению тревожности и приближению ее к высокому уровню. Эта же группа имела самую низкую мотивацию учения, которая в среднем составила $13,6 \pm 4,26$ баллов (табл. 2).

Таблица 2

Средний балл тревожности и мотивации учения ($M \pm m$)

Группа	Количество студентов	Тревожность (баллы)	Мотивация учения (баллы)
212 леч.фак	10	$19,6 \pm 0,80$	$18,9 \pm 2,62$
220 леч.фак	11	$19,7 \pm 1,66$	$25,9 \pm 3,74$
113 леч.фак	12	$21,9 \pm 1,63$	$20,7 \pm 4,23$
109 мед/проф.	9	$20,0 \pm 1,73$	$13,6 \pm 4,26$

При оценке тревожности и мотивации учения между студентами первого и второго курса достоверно выявлен более высокий показатель тревожности у студентов первого курса, при этом показатели тревоги первого и второго курсов находятся в пределах среднего уровня соответственно $22,4 \pm 1,17$ и $19,7 \pm 0,90$.

При оценке мотивации учения достоверных различий между студентами первого и второго курса не выявлено, этих же различий не было обнаружено между девочками и мальчиками обоих курсов.

После разделения студентов по уровням тревожности выявлены значительные различия в мотивации учения студентов. У студентов со средним уровнем тревожности ($18,9 \pm 0,56$) баллов мотивация учения высокая и составила $24,4 \pm 1,73$ баллов, а у студентов с высоким уровнем тревожности ($27,8 \pm 0,68$ баллов) мотивация учения была значительно снижена и составила $6 \pm 2,30$ баллов (рис. 1).

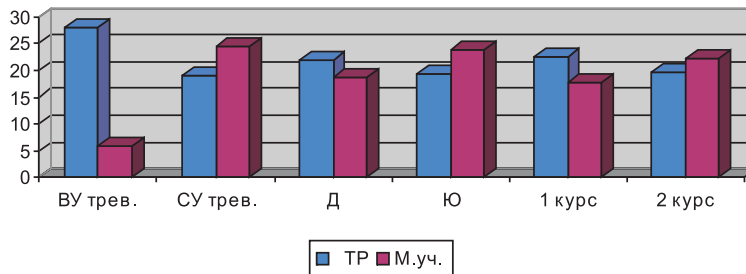


Рис. 1. – Зависимость мотивации учения от тревожности при различных критериях

Примечание: Тр – тревожность, М.уч. – мотивация учения, ВУ трев. – высокий уровень тревожности, СУ трев. – средний уровень тревожности, Д – девушки, Ю – юноши

Выводы.

1. Зависимость мотивации учения от тревожности проявляется при высоком уровне тревожности и выражается в резком снижении мотивации учения.
2. У студентов первого курса медико – профилактического факультета выявилась тенденция к высокому уровню тревожности. У студентов 1 и 2 курсов с высоким уровнем тревожности была резко снижена мотивация учения.
3. Статистически достоверных различий по показателям тревожности, ситуативной и личностной тревожностей, мотивации учений среди студентов первого и второго курса между юношами и девушками не выявлено.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Альманах психологических тестов. - Москва, изд. « КСП », 1996. - С. 400
2. Егидес А.П., Сугробова Н.Ш. Как научиться разбираться в людях. – Алма-Лта: Казахстан: Л.О. «Караван», 1991. – С. 72
3. Немов Р.С. Психология: Учебник для студентов высших пед. учеб. заведений : В 3 кн. – 3-е изд. – Москва: Гуманит. изд. центр ВЛАДЮС, 1999. – Кн. 1, Общие основы психологии. С. 460
4. Прихожан А. Явление, причины, диагностика // Анна Прихожан // Школьный психолог. - 2004. - Февраль (№ 8). - С. 17-32. - (Приложение к газете "Первое сентября").
5. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога в образовании. - Москва, 1995. – С. 324
6. Тестирование в психологической диагностике // Автор составитель С.В. Позняков – Москва: ТП Сфера, 2004. – С. 128

АНАЛИЗ СОВРЕМЕННОГО РЫНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АНДРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ У МУЖЧИН

Конорева О. Н.

*Курский государственный медицинский университет**Кафедра управления и экономики фармации*

Научный руководитель: д.ф.н., проф. Овод А. И.

Актуальность. В соответствии с определением Национального института здоровья эректильная дисфункция (ЭД) - это неспособность к достижению и/или сохранению эрекции, достаточной для проведения полового акта (NIH Consensus Statement of Impotence, 1993). Проблема эректильной дисфункции (ЭД) в настоящее время приобрела особую актуальность по ряду экологических, социальных и этико-моральных причин, существенно увеличивших заболеваемость [3].

ЭД – весьма распространенное патологическое состояние. В структуре сексуальных расстройств ЭД занимает ведущее место как по частоте возникновения, так и по социальной значимости. Им страдают сотни миллионов мужчин во всем мире, при этом отмечается стойкая тенденция к увеличению числа больных [4].

В ходе исследований по изучению вопросов старения мужчин было установлено, что 52% мужчин в возрасте от 40 до 70 лет в той или иной степени страдали ЭД. При этом полное отсутствие эрекции выявлено у 10% мужчин, умеренная ЭД у 25%, минимальная у 17%. 40% мужчин в возрасте от 40 до 50 лет страдают какими-нибудь нарушениями эрекции. Среди мужчин в возрасте от 50 до 60 лет нарушения эрекции встречались практически у половины обследованных (48–57%), а в старшей возрастной группе этим расстройством страдали 70% мужчин. Полная ЭД выявлена у 5% мужчин в возрасте до 50 лет, а в старшей возрастной группе (70 лет и старше) у 15% обследованных [2].

Значение ЭД для мужчин различных возрастов трудно переоценить. Нарушения эрекции приводят к развитию бесплодия, неуверенности в себе и даже депрессии, значительно снижая качество жизни больных.

Эффективность медицинской помощи больным с ЭД во многом зависит от профилактики и своевременного оказания помощи, наличия необходимого ассортимента лекарственных средств и их доступности. Исходя из этого, важным является проведение маркетингового исследования рынка лекарственных средств (ЛС) для лечения ЭД.

Целью настоящего исследования явился маркетинговый анализ ассортимента лекарственных средств для лечения ЭД.

Задачи исследования: анализ ассортимента ЛС для терапии ЭД, представленных на российском фармацевтическом рынке.

Методы исследования: структурный анализ, контент-анализ (изучение документов), математическое моделирование. Информационный массив ЛС сформирован на основе изучения технологий лечения ЭД, а также официальных источников информации о ЛС («Государственный реестр ЛС», 2008 г., «Регистр ЛС Россия» (интернет-версия), 2008 г., «Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России», 2008 г.).

Результаты исследования. В результате анализа установлено, что общий ассортимент ЛС для лечения насчитывает 37 торговых названий (ТН), а с учетом всех форм выпуска и дозировок – 70 лекарственных препаратов (ЛП), содержащих 14 действующих веществ [1].

Общий ассортимент предложений ЛС для лечения ЭД на рынке можно систематизировать в пять основных фармакотерапевтических групп (ФТГ). Среди них: 1) средства для лечения сердечно-сосудистой системы (ССС) – 32,4%; 2) средства гормональные и их антагонисты для системного использования (СГАСИ) – 21,65%; 3) средства, применяемые преимущественно в урологии (СПУ) – 21,65%; 4) средства, применяемые преимущественно в акушерстве и гинекологии (СПАГ) – 13,5%; 5) средства для лечения нервной системы (СНС) – 10,8% (табл. 1).

Лидером продаж на протяжении нескольких лет на рынке ЛС для лечения ЭД выступает препарат «Виагра» компании Pfizer, относящийся к группе СПУ. В течение нескольких лет «Виагра» входит в пятерку лидеров продаж коммерческого сектора российского фармрынка. В первом полугодии 2008г. на его долю приходится 56% продаж данной группы препаратов. Доли двух других препаратов первой линии терапии - Сиалиса (Eli Lilly) и Левитры (Bayer Schering Pharma; BSP) - составили, соответственно, 24 и 8%, Импаза – 10% [5,6].

Выявлено, что ассортимент ЛС для лечения ЭД формируют в основном монокомпонентные препараты, их доля в структуре составляет 97,1%. Комбинированные ЛП входят только в группу СПУ – 2 (Тентекс и Импаза) (2,9% от общего количества, предлагаемых ТН), другие группы полностью представлены монокомпонентными препаратами.

В ходе исследования выявлено, что индекс обновления ассортимента анализируемой группы ЛС за последние 3 года составил 0,23; основная доля ЛС – 87,15% появилась на рынке в период с 1997г. по 2008г., причем больше всего зарегистрировано ЛС в 1997 г. – 9, 2004 г. – 8, 2005 г. – 8 препаратов.

Таблица 1

Структура ассортимента ЛС для лечения ЭД, разрешенных к применению в России

Наименование ФТГ	Действующие вещества (МНН)		Торговые названия		Лекарственные препараты	
	Абс.	Доля, %	Абс.	Доля, %	Абс.	Доля, %
Средства для лечения сердечно-сосудистой системы (ССС)	3	21,4	12	31,6	29	41,4
Средства гормональные и их антагонисты для системного использования (СГАСИ)	2	14,3	8	21,65	13	18,6
Средства, преимущественно применяемые в урологии (СПУ)	6	42,9	8	21,65	12	17,1
Средства, применяемые преимущественно в акушерстве и гинекологии (СПАГ)	1	7,1	5	13,5	9	12,9

Средства для лечения нервной системы (СНС)	2	14,3	4	10,8	7	10
Итого	14	100	37	100	70	100

Установлено, что в ассортименте ЛС для лечения ЭД присутствуют несколько видов лекарственных форм, но преимущественно ЛП выпускаются в виде твердых лекарственных форм - 52,9%, на долю лекарственных форм для инъекций приходится 40%, мягких - 7,1%.

В структуре ассортимента по признаку производства преобладают зарубежные ЛС – 61,4% (43 препарата), остальные 38,6% (27 препаратов) – это российские ЛС. Среди отдельных ФТГ доля импортных еще больше. Например, СНС, СПУ и СПАГ на 71,2 - 88,9% состоят из препаратов зарубежного производства. В ассортименте группы ССС зарубежные ЛС составляют 51,7%. В группе СГАСИ преобладают ЛС отечественного производства - 61,5%.

В ходе исследования выявлено, что в РФ зарегистрированы предложения ЛС из 15 стран, среди них по количеству ЛП первое место принадлежит Германии (12,85%), второе - Франции и Италии (по 7,15%), третье - США (5,7%), четвертое - Индии, Бельгии и Финляндии (по 4,3%).

Выводы. Проведенные исследования показывают, что на фармацевтическом рынке имеется широкий ассортимент лекарственных средств для лечения ЭД, что позволяет обеспечить данный контингент больных современными эффективными лекарственными препаратами и повысить их качество жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Государственный реестр лекарственных средств России 2008 - <http://drugreg.ru/Bases/WebReestrQuery.asp.htm>.
2. Дорофеев С.Д., Панюшкин С.М., Ефремов Е.А. Патогенетическая фармакотерапия эректильной дисфункции // Урология. - 2007. - №3. - С. 107-111.
3. Камалов А. А., Дорофеев С. Д., Ефремов Е. А. Современная медикаментозная терапия эректильной дисфункции // Consilium Medicum. - 2006. - Т. 8, №4. - С. 57-62.
4. Кузнецов А. Н. Фармакотерапия эректильной дисфункции // Аптечный бизнес. - 2008. - №2. - С. 36-38.
5. Курило М.О., Прядко А.Р. Трое в сводке. Продажи рецептурных препаратов для лечения нарушений эрекции стабильно растут // Фарм. вестник. - 2008. - №28. - С. 16-17.
6. Петрова Е.Л. Рынок лекарственных средств для лечения эректильной дисфункции // Ремедиум. - 2008. - №7. - С. 24-25.

УДК 616-039.57.061.66

ПЕРЕДВИЖНОЙ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР. «ДОКТОР ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКИЙ (св. Лука)»

Корнейчук Д. В.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра медицинской и биологической физики

Дорожная клиническая больница на ст. Красноярск

Передвижной консультативно-диагностический центр Доктор Войно-Ясенецкий

Научный руководитель: асс. Шульгина Л. А.

Создание медицинского поезда - это уникальный проект ОАО «РЖД» и администрации Красноярского края. Теперь на сети железных дорог России курсируют четыре подобных поезда. Праобразом «поликлиник на колесах» стали медико-санитарные поезда времен Великой Отечественной войны. В 2007 году отправился в свой первый путь «Передвижной консультативно-диагностический центр Доктор Войно-Ясенецкий, св. Лука». За полтора года деятельности поезда на отдаленных станциях, где нет возможности получить высококвалифицированную медицинскую помощь, она была оказана десяткам тысяч людей. Передвижной консультативно-диагностический центр (ПКДЦ) был назван в честь великого русского хирурга Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого, профессора и архиепископа. Он считал себя земским врачом, его научные труды до сих пор актуальны.

Наш край расположен на очень большой территории, и поэтому обеспечить доступную медицинскую помощь можно только с помощью инфраструктуры. В ПКДЦ пациент может пройти обследование на современном оборудовании, и получить квалифицированную медицинскую помощь. В поезде созданы улучшенные условия для деятельности медицинского персонала. В одном из вагонов установлен дизельный генератор, который снабжает ПКДЦ электроэнергией, обеспечивая работу медицинского оборудования во время стоянки.

В передвижном консультативно-диагностическом центре работают врачи различной специализации: терапевт, хирург, эндокринолог, офтальмолог, невролог, отоларинголог, уролог, гинеколог, педиатр, стоматолог. Здесь же находится аптека и экспресс-лаборатория. Прием к врачам начинается с регистратуры. Медицинские карты ведутся в электронном виде. В поезде имеется набор неотложной помощи и врачи, используя портативное оборудование, могут выезжать на место к тяжелобольным.

Гордость поезда – это рентгенологический комплекс. Он состоит из дентального визиографа, маммографа, флюорографического аппарата. Это оборудование позволяет установить точный диагноз. Аппараты ультразвуковой диагностики могут определить состояние органов и оценить кровотоки, что дает возможность судить о наличии или отсутствии патологии. Электроэнцефалограф определяет качественное и количественное функциональное состояние головного мозга и его реакций при действии раздражителей.

В экспресс-лаборатории имеются аппараты, которые безошибочно, за 2 минуты, выдают 18 показателей крови. В ПКДЦ действуют отоларингологический и офтальмологический комбайны, проводится регистрация ЭКГ и измерение артериального давления на велоэргометре.

Каждое рабочее место врача ПКДЦ оснащено IP-телефонией, компьютером, Интернетом. В «Дорожной клинической больнице на ст. Красноярск» и в Краевой клинической больнице №1 установлено оборудование, осуществляющее телевизионные медицинские консультации для специалистов поезда в режиме on-line. Врачи ведущих учреждений России имеют возможность дать рекомендации по диагностике и лечению «сложных» пациентов.

Все сведения о больных сохраняются в Дорожном оргметодотделе. Была проведена статистическая обработка данных за 2008 год. Результаты приведены в таблице 1.

Таблица 1

Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, обследованных в ПКДЦ за 2008 г.

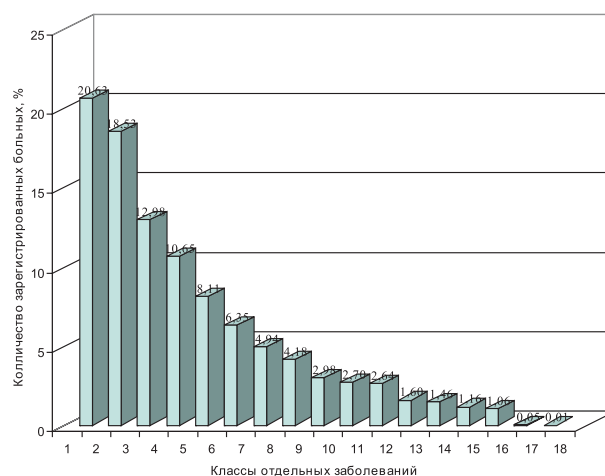
№ п/п	Класс МКБ-10	Число зарегистрированных больных с данным заболеванием	в т.ч. впервые установленный диагноз	Число зарегистрированных больных с данным заболеванием, %	в т.ч. впервые установленный диагноз, %
1	болезни глаза и его придаточного аппарата	12235	12089	20,63	25,33
2	болезни системы кровообращения	10992	9921	18,53	20,79
3	болезни органов пищеварения	7696	6582	12,98	13,79
4	болезни мочеполовой системы	6314	3054	10,65	6,40
5	болезни органов дыхания	4812	3669	8,11	7,69
6	болезни эндокринной системы	3766	3366	6,35	7,05
7	болезни уха и сосцевидного отростка	2927	1989	4,94	4,17
8	болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	2477	452	4,18	0,95
9	болезни нервной системы	1768	1721	2,98	3,61
10	новообразования	1599	1500	2,70	3,14
11	болезни крови	1563	1200	2,64	2,51
12	болезни кожи и подкожной клетчатки	947	912	1,60	1,91
13	психические расстройства	864	564	1,46	1,18
14	травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	689	682	1,16	1,43
15	врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения	630	0	1,06	0,00
16	инфекционные и паразитарные болезни	27	25	0,05	0,05
17	внешние причины заболеваемости и смертности	4	4	0,01	0,01
всего		59310	47730	100,00	100,00

В 2008 году в передвижном консультативном диагностическом центре было обследовано 59310 человек, среди них 30.347 женщин и 28.963 мужчин.

Анализ возрастных категорий пациентов показал, что детей обследовано 9.896 человек, работающих граждан – 29.851 человек, пенсионеров – 19.563 человек.

Из общего числа обратившихся людей, 80% пациентам был установлен первичный диагноз.

По результатам проведенного исследования, можно сделать вывод, что самые распространенные заболевания – это болезни глаза и его придаточного аппарата, системы кровообращения, органов пищеварения, дыхания, эндокринной и мочеполовой систем.



Благодаря проекту – «Передвижной консультативно-диагностический центр доктор Войно-Ясенецкий ,св. Лука» была выявлена большая востребованность медицинских специалистов на территории края. Качественную медицинскую помощь и рекомендации по улучшению своего здоровья получили более 60000 человек.

ФАКТОРЫ РИСКА У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**Королева Я. В., Носова О. В., Носкова М. П.***Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера**Кафедра пропедевтики внутренних болезней***Научные руководители: доц. Бобылев Ю. М., асс. Зорина Г. А.**

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) – наиболее частая причина смерти в развитых странах как мужчин, так и женщин. Распространенность артериальной гипертензии (АГ) в России достигает приблизительно 40% а показатели контроля АД у женщин составляют лишь 17,5% (Котовская Ю.В., Кобалава Ж.Д., 2004 г.)

С 1980-х годов сердечно-сосудистая смертность заметно уменьшается среди мужчин, у женщин же продолжает расти. Причиной этой ситуации является то, что в последние 30-40 лет ССЗ рассматриваются как «мужская болезнь». В клинические исследования включают главным образом мужчин. Это сочетается с превентивными мерами и улучшением терапевтического лечения в этой группе пациентов.

В то же время данные, полученные в исследованиях на мужчинах, не могут быть автоматически перенесены на женщин. Существуют определенные особенности развития ССЗ у мужчин и женщин. Так, ишемическая болезнь сердца (ИБС) у женщин развивается на 10-15 лет позже, чем у мужчин, риск ее возрастает после менопаузы, что является следствием снижением продукции эстрогенов. По данным ряда авторов (Mosca L., Grundy S.M., Judelson D. et al., 1999 г.) 2/3 женщин умирают внезапно, без каких-либо предшествующих симптомов. Это делает особенно актуальной и важной проблему профилактики и борьбу с факторами риска (ФР) ССЗ именно у женщин.

Цель исследования. Провести изучение ФР негативно влияющих на прогноз у женщин, больных артериальной гипертензией.

Материал и методы. Критерии включения в исследования: женщины в возрасте от 33 до 60 лет с клиническим проявлением артериальной гипертензии.

Критерии не включения: беременность, лактация, прием гиполлипидемических препаратов, органические заболевания или травмы центральной и/или периферической нервной системы, психические заболевания, употребление наркотических препаратов, отказ пациентки от сотрудничества, выраженные нарушения функции печени или почек, доброкачественные или злокачественные опухоли, инфекционно-воспалительные и системные заболевания соединительной ткани.

Обследовано 22 женщины репродуктивного возраста с сохраненной менструальной функцией и женщины в постменопаузальном периоде, средний возраст $49,50 \pm 1,44$ года. Кроме основных и дополнительных разработанных Комитетом экспертов ВНОК (2004 г.) ФР мы еще учитывали как ФР: наследственность по ожирению, по сахарному диабету (СД) 2 типа, характер питания в настоящее время (жирная пища) и злоупотребление алкоголем.

Результаты и их обсуждение. АГ I стадии (по классификации ВОЗ) была диагностирована у 22,7%, АГ II стадии – у 59,1% и АГ III стадии – у 18,2%, т.е. преобладали женщины с II стадией АГ. Сочетание АГ с ИБС было у 1 больной, с сахарным диабетом 2 типа (СД) – у 2 больных, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в анамнезе было у 3 больных.

Обращает на себя внимание тот факт, что у 31,8% АГ выявлена до беременности т.е. в молодые годы, у 50,0% АГ выявлена спустя несколько лет после беременности. У 18,2% пациенток в анамнезе была гестационная гипертензия.

Тщательно собранный анамнез обеспечивает получение важной информации по ФР (табл. 1). Так, отягощенная наследственность по ССЗ выявлена у 90,1% женщин, по ожирению у 54,5%, по сахарному диабету 2 типа у 36,4%.

По характеру питания 50,0% женщин предпочитали жирную пищу, у 50,0% женщин работа была связана с низкой физической активностью (НФА), а вот алкоголь и курение, в отличие от мужчин занимали незначительное место (4,6% и 22,7% соответственно).

В двух случаях АГ сочеталась с СД 2 типа (9,1%), причем на сегодняшний день диабет при оценке ФР рассматривается как эквивалент клинически явной ИБС (ВНОК, 2004 г.)

Учитывая, что у 54,5% женщин наследственность была отягощена по ожирению, окружность талии (ОТ) 88 см и более выявлена у 72,7%, избыточный вес – у 31,8%, а ожирение – у 59,1% женщин.

Таблица 1

Данные анамнеза и общего осмотра пациенток

Показатель	Абсолютное число	%
Наследственность по ожирению	12	54,5
Наследственность по ССЗ	20	90,9
Наследственность по СД II	8	36,4
Характеристика питания (жирная пища)	11	50
Низкая физическая активность	11	50
Курение	5	22,7
Алкоголь	1	4,6
ОТ > 88 см	16	72,7
ИМТ 25 – 29,9	7	31,8
ИМТ > 30	13	59,1

Среди ФК особое внимание обращает на себя дислипидемия. В табл.2 показаны результаты исследования липидов крови. Уровень общего холестерина (ОХС) превышал нормальные показатели у 29,4% женщин. Однако риск развития ИБС у женщин с высоким уровнем ОХС остается достоверно меньше, чем у мужчин (Keil U., 2000 г.)

Количество пациенток с дислипидемией

Показатель	Абсолютное число	%
ОХС > 6,5 ммоль/л (n=17)	5	29,4
ХС ЛПНП > 4,0 ммоль/л (n=14)	3	21,4
ХС ЛПВП < 1,2 ммоль/л (n=16)	6	37,5
ТГ > 1,7 ммоль/л (n=16)	5	31,3

Важным фактором риска ССЗ является снижение уровня холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП). В нашем исследовании низкий уровень ХС ЛПВП встречался у 37,5% женщин. Более частое снижение ХС ЛПВП у женщин связано с метаболическими нарушениями при ожирении, которым страдало 59,1% в исследуемой группе, и снижение ХС ЛПВП ниже 0,91 ммоль/л рассматривается, как независимый, установленный ФР атеросклероза, имеющий высокое прогностическое значение (Ткачева О.Н., Прохорович Е.А., Шумбутова А.Ю., Адаменко А.Н., 2007 г.).

Высокий уровень холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) в нашем исследовании выявлен у 21,4% женщин. Величина ХС ЛПНП у женщин примерно такая же, как у мужчин того же возраста, однако повышенный уровень ХС ЛПНП имеет более существенное значение в развитии ИБС у женщин в возрасте до 65 лет (Keil U., 2000 г.).

Уровень триглицеридов (ТГ) был повышен у 31,3% женщин. По нашему мнению, это связано с большой частотой ожирения пациенток. Повышенный уровень ТГ является фактором риска развития ИБС как у мужчин, так и у женщин, но у женщин он имеет более неблагоприятное прогностическое значение (Assmann G., Schulte H., 1992 г.).

Главная особенность ФР заключается в том, что они, как правило, усиливают действие друг друга, т.е. при наличии двух ФР вероятность развития заболевания увеличивается не в 2, а, например, в 3-4 раза.

С учетом проведенного обследования 4,5% пациенток имели 7 ФР, 4,5% - 6 ФР, 31,8% пациенток имели - 5 ФР, 36,4% - 4 ФР, 13,6% - 3 ФР, 4,5% имели 2 ФР и 4,5% - 1 ФР.

Таким образом, наиболее часто встречаемые ФР у женщин, больных АГ являются: наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям и наследственность по ожирению. Характер питания – жирная пища и НФА, увеличения окружности талии более 88 см. Среди «липидных» ФР у женщин это снижение уровня ХС ЛПВП и повышение уровня ТГ.

В связи с полученными данными, кроме медикаментозной терапии, преследующую цель постепенного снижения АД до целевого уровня у женщин очень большое значение по-видимому имеют мероприятия по изменению образа жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Котовская Ю.В., Кобалава Ж.Д. Многоцентровые клинические исследования по артериальной гипертензии в России: проблемы и перспективы // Сердце. 2004. - № 5. - С.262-266.
2. Ткачева О.Н., Прохорович Е.А., Шумбутова А.Ю., Адаменко А.Н. Нарушение липидного обмена у женщин: принципы коррекции в разных возрастных группах // Сердце. 2007. - №4. - С.203-208.
3. Assmann G., Schulte H. Relation of high-density lipoprotein cholesterol and triglycerides to incidence of atherosclerotic coronary artery disease (the PROCAM experience) // Am. J. Cardiol. 1992. - V. 70. - P. 733-737.
4. Jochmann N., Stangl K., Garbe E. et al. Female-specific aspects in the pharmacotherapy of chronic cardiovascular diseases // Eur. Heart. J. 2005. - V.26. - P. 1585-1595.
5. Keil U. Coronary artery disease: the role of lipids, hypertension and smoking // Basic. Res. Cardiol. 2000. - V.95.(Suppl. 1). - P. 152-158.
6. Mosca L., Grundy S.M., Judelson D. et al. Guide to Preventive Cardiology for Women. AHA/ACC Scientific Statement Consensus panel statement // Circulation. 1999. - V. 99. - №18. - P. 2480-2484.
7. Welty F.K. Cardiovascular disease and dyslipidemia in women // Arch. Intern. Med. 2001. - V. 161. - № 4. - P. 514-522.

УДК 612.015.3: 615.327

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ НИЖНЕ-ИВКИНСКОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ НА ПОКАЗАТЕЛИ МЕТАБОЛИЗМА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ

Косолапов А. И., Ситников А. Л., Еликов Б. А.

*Кировская государственная медицинская академия
Вятское НОУ «Вектор»*

Кафедра биологической химии

Научный руководитель: д.м.н., проф. Цапок П. И.

Нижне-Ивкинская минеральная вода широко применяется для лечения заболеваний органов пищеварения, нервной и сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, акушерско-гинекологической патологии и др. [2,4,8]. Однако механизм действия, а, следовательно, и возможности более широкого использования лечебных свойств данной минеральной воды изучены далеко недостаточно [3,11].

Целью настоящей работы было изучить биохимические показатели метаболизма белков, липидов, углеводов, процессов липопероксидации (ЛПО) и антиоксидантной активности (АОА) сыворотки крови на фоне исследования общего состояния экспериментальных животных под влиянием минеральной воды «Нижне-Ивкино-2К».

Материалы и методы исследования. При выполнении работы соблюдены этические принципы экспериментов на животных и основные положения Хельсинской декларации. Работа выполнена на 60 белых беспородных крысах-самцах, из них 40 составили подопытную группу и ежедневно перорально получали минеральную воду из источника № 2 санатория «Нижне-Ивкино» из расчета 20 мл/кг массы тела в течение 15 дней. Контролем служили 20 интактных животных, получавших водопроводную воду. При кормлении использован общепринятый рацион вивария. Проводили ежедневное наблюдение и оценку клинического состояния экспериментальных животных. На 15-й день осуществляли декапитацию под легким эфирным наркозом и подвергали тщательному визуальному морфологическому исследованию внутренние органы. С помощью современных биохимических методов [1,5,7,9,10] изучали в сыворотке крови активность ферментов и метаболиты обмена белков, липидов, углеводов: уровень общего белка, среднемолекулярных пептидов, бета-липопротеинов,

тотальных липидов, триацилглицеролов (ТАГ), гематокрита, глюкозы, мочевины, общего холестерина (ХС) и его фракций – свободного (СХС) и эфирсвязанного (ЭХС), активность аспаргатаминотрансферазы (АСТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ), глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г-6-ФДГ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ), церулоплазмينا. Процессы ЛПО изучали по содержанию общих липидов, малонового диальдегида (МДА), светосумме хемилюминесценции (ХЛ), инициированной пероксидом водорода, в присутствии избытка ионов двухвалентного железа за 60 сек, определяли максимальную вспышку ХЛ за исследуемое время на хемилуминометре Emilite 1105 [10]. Оценку общей антиоксидантной активности (АОА) осуществляли методом ХЛ, определяя коэффициент максимальная вспышка/ светосумма за 60 сек. Выбранные биохимические методики исследования адекватны поставленным задачам экспериментальной работы, поскольку отражают жизненно важные функции и являются наиболее чувствительными при определении физиологических сдвигов в организме. Полученный цифровой материал обработан методом вариационной статистики на IBM, достоверность разницы определяли по t - критерию Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение. Тщательное наблюдение за лабораторными животными показало, что пероральное введение минеральной воды «Нижне-Ивкино-2К» не вызывало изменений поведенческих реакций: крысы были активны, подвижны, сохраняли свойственный контрольной группе аппетит, отсутствовали какие-либо проявления токсического, раздражающего и сенсibilизирующего действия. Масса тела, масса внутренних органов и коэффициенты массы сердца, печени, почек, легких и селезенки были без достоверных различий у животных подопытной и контрольной групп.

Изучение биохимических показателей углеводного, липидного, белкового и энергетического метаболизма показало, что многократное повторное пероральное воздействие минеральной воды «Нижне-Ивкино-2К» существенно не изменяло в сыворотке крови содержания общего белка, среднемолекулярных пептидов, общих липидов, ТАГ, бета-липопротеинов, глюкозы, мочевины, гематокрита, что также характеризует благотворное влияние изучаемой воды на функцию жизненно важных органов: печени, почек, поджелудочной железы, сердца и легких (таблица 1).

Особого внимания заслуживают результаты, характеризующие достоверное снижение количества общего ХС и его фракций – ЭХС и СХС, тенденцию к уменьшению интенсивности процессов ЛПО и достоверное снижение уровня малонового диальдегида (МДА) – конечного продукта перекисного окисления липидов – на фоне повышения антиоксидантной активности сыворотки крови. Данные, представленные в таблице 2, расширяют возможности объяснения отдельных звеньев выявленных сдвигов. Так, в сыворотке крови экспериментальных крыс установлена активация активности Г-6-ФДГ на 56% и повышение количества церулоплазмينا на 39% - основных энзимов в ферментной системе антиоксидантной защиты организма [6,8].

Таблица 1

Биохимические показатели сыворотки крови белых крыс при пероральном введении минеральной воды «Нижне-Ивкино-2К» (M ± m, n = 20)

Показатель	Контроль	Опыт
Общий белок, г/л	73,8±6,8	72,0±7,6
Средние молекулы, усл.ед. (Е x 1000)	218±33	224±35
Общие липиды, г/л	4,28±0,62	4,36±0,58
ТАГ, ммоль/л	1,37±0,27	1,58±0,32
Бета-липопротеины, г/л	0,072±0,004	0,075±0,008
Глюкоза, ммоль/л	3,74±0,14	3,62±0,22
Мочевина, ммоль/л	3,56±0,42	3,24±0,31
Гематокрит, л/л	0,42±0,07	0,43±0,07
Общий ХС, ммоль/л	0,92±0,08	0,65±0,07*
Эстерифицированный ХС, ммоль/л	0,54±0,06	0,36±0,05*
Свободный ХС, ммоль/л	0,37±0,04	0,24±0,05*
Коэффициент эстерификации, %	58,7±1,2	55,4±1,1*
ЛПО, имп. (сумма хемилюминесценции)	1260,9±39,2	1222,8±67,8
МДА, мкмоль/л	4,45±0,42	2,28±0,58*
АО А, (пик/светосумма)	0,087±0,007	0,089±0,011

* - различия статистически достоверны

Таблица 2

Активность ферментов сыворотки крови белых крыс при пероральном введении минеральной воды «Нижне-Ивкино-2К» (M ± m, n = 20)

Изучаемый фермент	Контроль	Опыт
АСТ, мккат/л	0,52±0,05	0,80±0,09*
АЛТ, мккат/л	0,28±0,03	0,42±0,05*
АСТ/АЛТ	1,86±0,12	1,90±0,21
Г-6-ФДГ, ммоль НАДФН2/(л • ч)	0,158±0,025	0,247±0,032*
ГГТ, мккат/л	0,65±0,12	0,72±0,17
ЛДГ, ммоль 2,6-дихлорфенол-индофенола/(л • ч)	1,47±0,28	1,58±0,32
Транскетолаза, ммоль рибозы/(л • ч)	0,36±0,08	0,34±0,09
Церулоплазмин, мг/л	87,9±16,2	122,5±10,4*

* - различия статистически достоверны

Наряду с этим наблюдали достоверное повышение активности аминотрансфераз – АСТ и АЛТ, тогда как показатели активности ЛДГ, характеризующей выраженность процессов гликолиза и активности транскетолазы – ключевого фермента неокислительного этапа пентозофосфатного пути обмена углеводов не отличались от аналогичных показателей контрольной группы. Незначительное повышение активности ГГТ может свидетельствовать об активизации процессов транспорта аминокислот через клеточные мембраны эритроцитов и гепатоцитов [1,11].

Таким образом, выявленные биохимические сдвиги позволяют сделать вывод о метаболическом воздействии минеральной воды типа «Нижне-Ивкино – 2К» на молекулярном, клеточном и организменном уровнях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Горячковский А.М. Справочное пособие по клинической биохимии. – Одесса: ОКФА, 1994. – 386 с.
2. Гуляева С.Ф., Гуляев П.В. Фармакология минеральных вод типа Нижне-Ивкино //Актуальные вопросы курортологии и реабилитации: Тез. докл. науч.-пр. конф. – Нижне-Ивкино-Киров: РАЕН. – 1997. – С. 16-17.
3. Гуляев В.Г., Цапок П.И., Иванова Н.Д. и др. Физико-химические и лечебные свойства питьевых минеральных вод типа Нижне-Ивкино //Геологическое строение и перспективы развития минерально-сырьевой базы Кировской области. – Киров. – 1998. – С. 79.
4. Гуляев В.Г., Цапок П.И., Гуляев П.В. и др. Клинико-биохимическое обоснование метаболических свойств минеральной воды типа «Нижне-Ивкино» и препарата хофитол //III Национальный конгресс по курортному делу и натуральной терапии: Материалы научного форума. – СПб. – 1999. – С. 51.
5. Лабораторные методы исследования в медицине. Справочник /Под ред. В.В.Меньшикова. – М.: Медицина, 1987. – 368 с.
6. Терехина Н.А., Петрович Ю.А. Свободнорадикальное окисление и антиоксидантная система. – Пермь, 2005. – 58 с.
7. Цапок П.И., Смольникова В.И., Озерская Е.В. и др. Метод количественного определения общих липидов //Информационный листок № 254-96 Кировского ЦНТИ. – Киров: ЦНТИ. – 1996. – 2 с.
8. Цапок П.И., Головина Н.С., Гуляев В.Г. и др. Влияние минеральной воды «Нижне-Ивкино» на показатели метаболизма сыворотки крови //Актуальные вопросы курортологии и реабилитации: Тез. докл. науч.-пр. конф. – Нижне-Ивкино-Киров: РАЕН. – 1997. – с. 56.
9. Цапок П.И., Еликов А.В., Еликова Е.П. и др. Колориметрический метод определения общего, свободного и эстерифицированного холестерина в сыворотке крови //Информационный листок № 2-97 Кировского ЦНТИ. – Киров: ЦНТИ, 1997. – 3 с.
10. Цапок П.И., Галкин А.А. Хемилюминесцентный метод определения продуктов перекисного окисления липидов в сыворотке крови //Информационный листок № 175-98 Кировского ЦНТИ. – Киров: ЦНТИ, 1998. – 3 с.
11. Цапок П.И., Гуляева С.Ф., Головина Н.А. и др. Биохимическое обоснование метаболических свойств минеральной воды «Нижне-Ивкино» //Вятский медицинский вестник. – 1999. - № 4(5). – С. 57-60.

УДК 617-089.169.1-06-005.1

ЭКСПУЛЬСИВНАЯ ГЕМОРРАГИЯ: ФАКТОРЫ РИСКА И ВОЗМОЖНЫЕ ИСХОДЫ

Кох И. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра офтальмологии с курсом последипломного образования*

Научный руководитель: д.м.н. Козина Е. В.

Известно, что экспульсивная геморрагия (ЭГ) является одним из самых грозных интраоперационных осложнений в офтальмохирургии, зачастую приводящее к значительному снижению зрительных функций или полной слепоте оперируемого глаза.

По данным различных авторов ее частота составляет от 0,05 до 0,4 % [2].

По мнению М. G. Reynolds [3] наиболее часто это осложнение встречается в хирургии травматических поврежденных органа зрения и хирургии катаракты (35 % и 30 % соответственно), реже в ходе гипотензивных операций – 17,5 % и в значительно меньшем количестве случаев при другой патологии.

Основным фактором, увеличивающим риск развития ЭГ, считают миопию средней и высокой степени [5]. Помимо этого факторами риска ЭГ принято считать возраст, наличие глаукомы, офтальмогипертензии [4].

По мнению К.Б. Першина [1] перечисленные факторы могут быть дополнены артериальной гипертонией, генерализованным атеросклерозом, сахарным диабетом, повышенной ломкостью сосудов, проблемами свертывания крови.

Учитывая то, что указанные данные в большинстве своем относятся к 70 - 90 годам прошлого столетия целью нашего исследования явилось изучение факторов риска и возможных исходов ЭГ за последние 10 лет, характеризующихся появлением новых технологий предоперационной подготовки, совершенствованием хирургической техники и внедрением новых технологий оперативных вмешательств.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты обследования и лечения всех больных с ЭГ, оперированных в условиях Красноярской краевой офтальмологической клинической больницы в период 1999 – 2008 г. Статистическую обработку полученных результатов производили с использованием пакета программ Statistica 6.0.

Результаты исследования. За указанный период времени ЭГ возникла у 73 из 40966 пациентов, которым были произведены полостные офтальмохирургические вмешательства, что составило 0,18 % случаев.

В подавляющем большинстве случаев ЭГ развивалась у больных, оперированных по поводу катаракты (методом экстракапсулярной экстракции) – 84,94 %, в шесть раз реже у лиц, которым производили гипотензивные операции – 13,7 % и лишь в одном случае (1,36 %) у пациентки, оперированной по поводу отслойки сетчатки.

Средний возраст больных с ЭГ составил $74,93 \pm 7,76$ лет. В соответствии с полученными результатами наиболее «опасными» в отношении развития экспульсивного кровотечения являются возрастные периоды 70 – 79 лет (47,94 % случаев) и 80 лет и старше (34,24 % случаев). В единичных случаях ЭГ возникала у лиц в возрасте 50 – 59 лет (5, 47 %).

В два раза чаще ЭГ возникала у женщин, что традиционно объясняют большей лабильностью их нервной системы и выраженностью сосудистых реакций. Однако уровень как артериального, так и внутриглазного давления (ВГД), являющихся одними из маркеров стабильности психоэмоционального состояния пациентов, был сопоставимым у лиц того и другого пола.

Среди больных, поступивших на плановое удаление катаракты, 53,4 % пациентов страдали гипертонической болезнью (ГБ), в равном количестве случаев (13,8 %) ишемической болезнью сердца и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). У 6,89 % лиц отмечалось сочетание гипертонической болезни и ХОБЛ. В единичных случаях (5,1 %) у пациентов этой группы был диагностирован сахарный диабет.

Исходный уровень артериального давления в этой группе больных составил $136,93 \pm 14,25 / 81,66 \pm 6,09$ мм рт. ст. Предоперационные значения этого показателя были равными $163,94 \pm 25,83 / 89,85 \pm 12,5$ мм. рт. ст. Среднее значение внутриглазного давления (ВГД) – $23,17 \pm 4,38$ мм рт. ст.

Глаукомные больные отличались несколько более высоким исходным уровнем систолического АД $145,71 \pm 8,33$ в сравнении с больными катарактой ($p < 0,05$). Указанные выше другие показатели системного АД были сопоставимыми с таковыми катарактальных больных. В целом у больных глаукомой ГБ встречалась несколько чаще – в 80 % случаев, а лиц, страдающих ХОБЛ, сахарным диабетом, сочетанной сердечно-легочной патологией выявлено не было.

У лиц, оперированных по поводу глаукомы значения ВГД в среднем составили $37,7 \pm 7,73$ мм рт, то есть были значительно выше чем у больных с катарактой ($p < 0,01$).

Около трети всех больных с ЭГ составили миопы средней и высокой степени – 31,5 %. По уровню ВГД, АД и, в целом, по характеру сопутствующей патологии и возрасту они неразличимы с другими пациентами. Ведущим соматическим страданием, как и в других группах, является ГБ – 63,6 % случаев.

Несмотря на то, что за 10 лет процент количества случаев ЭГ, сопоставим с данными других исследователей, обращает внимание тенденция к увеличению количества этого осложнения за последние два года. Если в период до 2007 года частота ЭГ в среднем составила $0,13 \pm 0,04$ %, то в 2007- 2008 гг. значения этого показателя стали равными $0,315 \pm 0,007$ % ($p < 0,001$).

Среди возможных причин, определяющих такую тенденцию, можно выделить:

- более высокий исходный уровень ВГД - среднее значение ВГД у больных, поступивших на экстракцию катаракты в период 1999 – 2006 года равно $24,13 \pm 4,39$ мм рт. ст., а в период 2007 – 2008 гг. – $26,72 \pm 6,69$ мм рт. ст. ($p < 0,05$); уровень ВГД перед проведением гипотензивных операций составил $32,25 \pm 2,87$ и $45,0 \pm 5,29$ мм рт ст. соответственно ($p < 0,05$);
- увеличение в период 2007 – 2008 гг. в 4 раза количества больных с гиперметропией – «короткими» глазами, большим хрусталиком и.т.п. на фоне снижения более чем в 2 раза числа миопов;
- увеличение более чем в 1,5 раза количества пациентов, страдающих гипертонической болезнью (36,8 % в 1999 – 2006 гг. и 62,9 % в 2007 – 2008 гг.);
- увеличение почти в 3 раза количества больных, имеющих в анамнезе сочетание гипертонической болезни и ХОБЛ (5,26 % в 1999 – 2006 гг. и 14,8 % в 2007 – 2008 гг.).

По всем остальным параметрам изучаемый контингент больных был сопоставимым.

Помимо перечисленного в развитии ЭГ играет роль и «человеческий фактор». По результатам исследования выявлена зависимость между количеством экспульсивных кровотечений и хирургами, выполняющих оперативное вмешательство.

Каковы же исходы лечения пациентов с экспульсивной геморрагией?

Средняя острота зрения больных до операции составляла $0,02 \pm 0,05$. Среди них было четверо пациентов с утраченными зрительными функциями оперируемого глаза (5,45 %). На момент выписки зрительные функции прооперированного глаза были утрачены дополнительно у 12 больных, то есть пациентов с остротой зрения равной нулю стало 21,9 %. Светоощущение с неправильной проекцией выявлено у 8,2 % оперированных, светоощущение с правильной проекцией – у 4,1 % больных. У восьми пациентов оперативное вмешательство закончилось удалением глазного яблока.

Сохранить невысокое зрение удалось 39 больным. Среди них у 13 человек острота зрения составляла $0,001 - 0,005$, у 12 – $0,01 - 0,09$ и у 14 пациентов $0,1$ и выше (в среднем $0,06 \pm 0,1$).

У всех пациентов (за исключением лиц с анофтальмом) даже при удовлетворительных зрительных функциях на момент выписки сохранялась отслойка внутренних оболочек глаза, признаки подоболочечных и интравитреальных кровоизлияний различной протяженности и степени выраженности. К сожалению, проследить дальнейшую судьбу подавляющего количества наших пациентов на сегодняшний момент не представилось возможным из-за отсутствия сведений в базе данных ККОКБ

Выводы.

1. Имеющиеся представления о факторах риска развития экспульсивной геморрагии весьма разноречивы и требуют дальнейшего углубленного изучения.
2. С определенной долей вероятности к факторам, увеличивающим риск возникновения ЭГ можно отнести возраст больных старше 70 лет, наличие гипертонической болезни и внутриглазное давление, соответствующее давлению «высокой нормы» или патологическому.
3. Повышение зрительных функций в раннем послеоперационном периоде у больных с экспульсивной геморрагией не является окончательным, что требует обязательного динамического наблюдения пациентов у офтальмолога для выработки дальнейшей оптимальной и своевременной тактики лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Першин К.Б. Занимательная фактоэмульсификация. – СПб.: Борея-Арт. - 2007. – 133 с.
2. Jaffe N. S. Expulsive Hemorrhage. The second report in cataract surgery. - Miami, 1971. - P. 119-121.
3. Reynolds M. G, Haimovici R., Flynn H. W. Jr. et al. Suprachoroidal hemorrhage: Clinical features and results of secondary surgical management // Ophthalmology. – 1993. – V. 100. - P. 460-465.
4. Speaker M. G., Guerriero P. N., Met J.A. et al. A case-control study of risks factors for Intraoperative suprachoroidal expulsive hemorrhage // J. Ophthalmol. - 1991. – V. 98. – P. 202-210.
5. Srinivasan M. Expulsive choroidal haemorrhage // Indian J. Ophthalmol. - 1992. – V.40. – P. 100-102.

ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ – ТРУДНЫЙ ДИАГНОЗ**Кочнева Е. А.***Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого**Кафедра урологии, андрологии и сексологии и курсом ПО***Научный руководитель: к.м.н., доц. Волкова Г. А.**

Острый пиелонефрит – неспецифическое заболевание почечных лоханок, чашечек, канальцев интерстиция почек с последующим поражением кровеносных сосудов и клубочков (Пелешук А.П. 1983, Рябов С.И. 2000), обусловленный кишечной палочкой в 60% случаев, энтерококками 17%, протеем 7% (Борисов И.А., 1995 г., Рябов С.И. 2000, Переверзев А.С. 2002г.). По данным Лопаткина А.Н., 1998г. пиелонефрит обнаруживается в 6 – 30% случаев вскрытий вследствие трудности диагностики «атипично» протекающего пиелонефрита при жизни. Так по данным Пятеля А.Я., Голигорского С.Д. 1977г., Шулуто Б.И. 1993г., Лопаткина А.Н. 1992, 1998г., Переверзева А.С. 2002г. пиелонефрит диагностируется только в 15-30% случаев на начальных этапах своего развития. Важно отметить, что все исследователи указывают на трудность диагностики «атипично» протекающего пиелонефрита вследствие многовариантности клинической картины заболевания. Хотя установить диагноз острого пиелонефрита при наличии характерной симптоматики – острое начало, боль в пояснице, дизурические явления, признаки общей интоксикации, лейкоциурия, протеинурия, бактериурия – не вызывает затруднений. По данным наших наблюдений 46 (18,1%) пациентов из 256 человек, поступивших в приемный покой больницы, требовали особого дифференциального подхода. У этой группы больных болевой симптом проявлялся по брюшному – интестинальному типу с рвотой, тошнотой, жидким стулом, высокой температурой тела, потрясающим ознобом, проливным потом, головной болью – признаки общей интоксикации. При осмотре отмечали – сухой язык, напряжение мышц брюшной стенки, нередко с признаками раздражения брюшины, особенно у беременных (по нашим данным 31%). Картина крови характеризовалась высоким лейкоцитозом и сдвигом формулы влево, ускоренной реакцией оседания эритроцитов, анемией -62% в среднем, умеренной азотемией – 21,8%, присутствием лейкоцитов и бактерий в моче. Существенную помощь в дифференциальной диагностике оказывали лучевые методы исследования. УЗИ почек и мочевых путей дает достоверную информацию о структуре почек, размерах, положении их, наличии камней, новообразований, главное, подвижности почек при дыхании и состоянии уродинамики. Необходимо производство обзорной и экскреторной урограммы, на которой при пиелонефрите видна нечеткость контуров поясничной мышцы на стороне острого заболевания почек – что затрудняло диагностические возможности. Для возникновения инфекционного заболевания чашечно – лоханочной системы и интерстиция присутствие возбудителя еще недостаточно – патология усугубляется нарушением уродинамики за счет мочекаменной болезни: 223 (86,1%) человека из 256 общего числа страдали МКБ. Из них 123 (55%) – женщины и 100 (44,8%) – мужчины, аденомы простаты 3,3%; рака простаты 1,6%; рак мочевого пузыря 1,7%. 17 (6,6%) женщин имели заболевания половых органов; 16 (6,25%) переживали гестационный период, 11 (4,3%) – из числа всех больных острым пиелонефритом осложнились гнойным (абсцессы, карбункул, абсцесс).

После предоперационной подготовки всем больным острым гнойным пиелонефритом произведена люмботомия с проведением санации, декапсуляции почки, дренирования ее в забрюшинного пространства. При наличии конкрементов – удаление их. При пиелонефрите в 4, 3%- вынужденная нефрэктомия.

Летальность составила 3,5% за счет 1 –декомпенсированная диабетическая нефропатия, ХПН третьей степени – 4 человека, с сопутствующими злокачественными новообразованиями разной локализацией – 3, инфаркт миокарда (кардиогенный шок) – 1 пациент. По возрасту контингент больных составил – 75 -83 года.

Таким образом, при атипичной форме пиелонефрита с многообразным клиническим проявлением показано комплексное диагностическое обследование с учетом анатомических, функциональных особенностей органа с последующей противовоспалительной, детоксикационной терапией и оперативным пособием по показанию.

РОЛЬ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН**Красикова Л. С., Соловьев М. В.***Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого**Кафедра патологической физиологии с курсом клинической патофизиологии***Научный руководитель: к.м.н. Жирова Н. В.**

Сердечно сосудистые заболевания занимают первое место среди причин инвалидизации и гибели человека. По статистике примерно 40 % от всех болезней сердечно-сосудистой системы составляет артериальная гипертензия.

В настоящее время под артериальной гипертензией понимают состояние, при котором систолическое АД составляет 140 мм рт. ст. и выше, и/или диастолическое АД 90 мм рт. ст. и выше при условии, что эти значения получены в результате как минимум трех измерений, произведенных в различное время на фоне спокойной обстановки, а больной за сутки до измерений не принимал лекарственных средств, изменяющих АД. У большинства пациентов с артериальной гипертензией ведущим звеном патогенеза является прогрессирующий, постоянно повышенный тонус сосудов. В настоящее время все более важное значение в патогенезе вазоспазма отводят эндотелиальной дисфункции (Затейщикова А.А., Затейщиков Д.А., 2003г.). В связи с этим изучение различных механизмов развития артериальной гипертензии, прогнозирования, а также подбор эффективной терапии являются весьма актуальными и заслуживают самого пристального внимания.

Цель исследования: выявить роль эндотелийзависимых механизмов регуляции сосудистого тонуса в патогенезе артериальной гипертензии.

Материалы и методы: Исследования проводились у 40 женщин, которые были разделены на три группы. Первую исследуемую группу (Группа 1) составили 15 пациенток в возрасте 38,30±6,13 лет, страдающих артериальной гипертензией в течение трех и более лет. Во вторую основную группу (Группа 2) вошли 15 женщин, входящих в группу высокого риска по развитию артериальной гипертензии - это женщины с нарушенным липидным обменом (гиперхолестеринемия),

с повышенной массой тела, лица злоупотребляющие алкоголем и ведущие малоподвижный образ жизни, так же в эту группу вошли женщины с отягощенным семейным анамнезом. Контрольную группу составили 10 здоровых женщин в возрасте $32,29 \pm 2,12$ лет. У всех женщин проводилась оценка микроциркуляции ткани с помощью компьютерной лазерной доплеровской флоуметрии (анализатор ЛАКК-01, НПП «ЛАЗМА») в коже передней поверхности предплечья согласно методике. Для регистрации показателей использовались два канала исследования - красный и инфракрасный. Определяли средние величины показателя микроциркуляции. Для оценки кровенаполнения и реактивной гиперемии применяли окклюзионную пробу (при исследовании испытуемые находятся в положении сидя, ЛДФ зонд фиксируется над точкой выбранной точкой наружной поверхности предплечья. Манжета тонометра фиксируется на соответствующее плечо. Проба проводится по следующей схеме: 1-я минута- регистрация исходного уровня кровотока, затем 3-минутная окклюзия, по истечению которой воздух из манжеты быстро выпускается, и в течение последующих 6 мин регистрируется реакция показателя микроциркуляции в ходе восстановления кровотока.), измеряли резерв кровотока - РКК. Обработку проводили с помощью программы записи и обработки информации параметров микроциркуляции крови НПП ЛАЗМА (версия 2.2.0.507)

Параллельно с ЛДФ исследовали уровень базальной и стимулированной секреции оксида азота по методу Грисса (Карпюк В.Б. с соавт., 2000г.). В качестве эндотелий стимулирующего фактора также использовали окклюзионную пробу.

Результаты:

Таблица 1

Показатели окклюзионной пробы у больных артериальной гипертензией, группы риска и здоровых женщин

Показатели	Контрольная группа n=10	Группа 1 n=15	Группа 2 n=15
Мисх.	$14,5 \pm 2,4$	$16,5 \pm 3,1$	$9,5 \pm 0,9^*$
ПФмакс.	$29,8 \pm 2,6$	$21,16 \pm 2,8^*$	$20,1 \pm 2,2^*$
РКК	$205\% \pm 6,3$	$148\% \pm 8,8^*$	$213\% \pm 6,2$

* - различия статистически достоверны $p \leq 0,05$

У здоровых женщин с нормальными цифрами артериального давления основные показатели микроциркуляции составляли

М исх. – $14,5 \pm 2,4$ п.е. (среднее значение уровня микроциркуляции до окклюзии).

ПМ макс. (максимальное значение показателя микроциркуляции в процессе развития реактивной постокклюзионной гиперемии) – $29,8 \pm 2,6$ п.е. (таб. 1), что в 2 раза превышает значение уровня исходного кровотока. РКК (резерв кровотока) составил $205\% \pm 6,3$. Средний уровень базальной секреции NO в крови в контрольной группе - $0,25 \pm 0,01$ мкмоль/мл, после окклюзии содержание нитритов возросло в 1,5 раза – $0,36$ мкмоль/мл.

При исследовании состояния микроциркуляции у женщин, входящих в группу риска было получено:

М исх. – $9,5 \pm 0,9$, что достоверно ниже, чем в контрольной группе ($p \leq 0,05$).

ПМ макс. – $20,1 \pm 2,2$ – показатель перфузии в участке реактивной гиперемии достоверно ниже, чем в контроле. РКК – $213\% \pm 6,2$ (таб.1). Базальная секреция NO - $0,21 \pm 0,06$ мкмоль/мл, стимулированная – $0,30 \pm 0,04$ мкмоль/мл, увеличение в 1,4 раза.

Основные показатели микроциркуляции у пациенток с артериальной гипертензией

М исх. – $16,5 \pm 3,1$. Некоторое увеличение исходного значения микроциркуляции связано, по-видимому, с включением в процесс перфузии коллатеральных сосудов.

ПМ макс. – $21,16 \pm 2,8$, т.о. выявляется резкое снижение прироста кровотока в участке артериальной гиперемии, РКК – $148\% \pm 8,8$ (резервный уровень кровотока также достоверно ниже по сравнению с контролем). Базальная секреция NO - $0,17 \pm 0,08$ мкмоль/мл, стимулированная – $0,20 \pm 0,04$ мкмоль/мл, уровень продукции оксида азота после проведении пробы почти не изменился и достоверно ниже, чем в контрольной группе.

Выводы:

1. У женщин с нормальными цифрами артериального давления выявлена прямая зависимость показателей микроциркуляции от уровня базальной и стимулированной секреции оксида азота.
2. У пациенток с артериальной гипертензией наблюдается снижение сосудодвигательной активности при проведении окклюзионной пробы, что говорит о нарушении эндотелиального механизма регуляции сосудистого тонуса и приводит к серьезным нарушениям кровотока в сосудах микроциркуляторного русла.
3. У 70% пациентов, входящих в группу риска выявлено: достоверное снижение исходного уровня микроциркуляции и базальной секреции оксида азота, при сохранении прироста кровотока. Полученные данные дают возможность диагностировать ранние микроциркуляторные нарушения и прогнозировать развитие артериальной гипертензии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аметов А.С., Демидова Т.Ю., Косых С.А. Гемодинамические и клинические эффекты фармакологической модуляции синтеза оксида азота в сосудистом эндотелии у больных сахарным диабетом 2 типа и артериальной гипертензией// Российский кардиологический журнал.-2004.-№6.
2. Козлов В.И., Корси Л.В. Лазерная доплеровская флоуметрия и анализ коллективных процессов в системе микроциркуляции// Физиология человека.- 1998.- Т.24, №6.- с.112-121
3. Крулаткина А.И., Сидорова В.В. Лазерная доплеровская флоуметрия микроциркуляции крови. - Москва, 2005.- с.9-59
4. Литвицкий В.Ф. Патифизиология.- Москва, 2002.- Т2-с.159-190
5. Склизкова Л.А. Микроциркуляция у больных с артериальной гипертензией// Применение лазерной доплеровской флоуметрии в медицинской практике.- Москва, 2000.- с.87-88.

ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПОВРЕЖДЕНИЕМ СЕРДЦА

Крекотин Л. В., Харикян Ж. А., Семенова О. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра хирургических болезней № 1*

Научный руководитель: д.м.н., проф. Белобородов В. А.

В общей структуре травматизма мирного времени повреждения груди составляют 35 - 50% [2]. Частота повреждения сердца при закрытой травме груди, по разным данным, колеблется от 7,6 до 59% [3, 4, 7]. Большинство авторов рассматривают данную проблему с позиции изолированной травмы груди, а между тем, по нашим данным, большинство закрытых травм груди имеют сочетанный характер [5, 6]. Выяснение особенностей клинической картины, диагностики и хирургической тактики в случаях ушибов сердца при сочетанной травме груди побудило авторов провести настоящее исследование.

Обследованы 112 пострадавших с закрытой травмой сердца в возрасте от 3 до 82 лет. Средний возраст $44,3 \pm 1,5$ лет. Мужчин было 91 (81,3%), женщин 21 (18,7%). Причинами травмы сердца были: автодорожная травма - 49 (43,75%) человек, падение с высоты - 30 (26,79%), избиение - 19 (16,96%), бытовая травма - 8 (7,14%), прочие причины - 6 (5,36%). Изолированная закрытая травма сердца была у 27 (24,11%) пострадавших, сочетанная - у 85 (75,89%). Умерло 55 из 112 больных, летальность составила 49,11%.

Для диагностики закрытой травмы сердца использовался комплексный подход, который включал в себя не только анализ характера травмы, клинический осмотр больного и электрокардиографию при поступлении, но и холтеровское мониторирование в динамике, эхокардиографию, сцинтиграфию миокарда.

Причинами смерти были тяжёлые сопутствующие повреждения и сердечно-сосудистая недостаточность. В связи с этим остро встаёт вопрос о возможности оперативных вмешательств у больных с закрытой травмой сердца.

Из 112 больных экстренно были оперированы 32 (28,58%). Это больные с внутрибрюшным кровотечением (разрыв печени, селезёнки, поджелудочной железы, почки и т.д.) и повреждением полых органов. К сожалению, недостаточная техническая оснащённость не позволяет нам диагностировать только разрыв полового органа без массивного внутрибрюшного кровотечения. Таким больным можно было бы провести предоперационную подготовку в течение нескольких часов. Из 32 больных в послеоперационном периоде погибло 24 (75%). Все остальные больные с закрытой травмой сердца, которым было необходимо оперативное пособие оперированы только после стабилизации гемодинамики и восстановления нормальной сердечной деятельности.

Однако и в этой группе погибло 31 из 80 пострадавших (38,75%). Смерть наступила от декомпенсированного травматического шока и сердечной недостаточности.

В заключение, можно отметить, что у больных с закрытой травмой сердца экстренное оперативное вмешательство возможно только по жизненным показаниям при продолжающемся кровотечении, которое угрожает жизни. Во всех остальных случаях операцию необходимо производить позже, после стабилизации гемодинамики, что улучшит результаты лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гуманенко Е.К., Гаврилин С.В., Бояринцев В.В. и др. Особенности диагностики, интенсивной терапии и хирургической тактики при ушибах сердца // Вестн. хирургии. – 1998. – № 4. – С. 53-56.
2. Маныкин И.Е. Оценка функционального состояния миокарда при закрытой травме сердца // Медицина критических состояний. – 2005. – №6. – С. 16-20.
3. Foot C.L. Myocardial contusion it // Care Resusc. – 2005. – Vol. 7, №1. – P. 29-31.
4. Hulme J. Monitoring the injured patient // Trauma. – 2006. – Vol. 8, №2. – P. 85-93.
5. Paone R.F., Peacock J.B., Smith D.L. Diagnosis of myocardial contusion // South. Med. J. – 1993. – Vol. 86, №8. – P. 867-870.
6. Rooney S.J., Hyde J.A.J., Graham T.R. Chest injuries. ABC of major trauma, 3rd edition. London: BMJ Publishing Group. – 2000. – P. 16-27.
7. Southam, S. Jutila C., Ketai L. Contrast-enhanced cardiac MRI in blunt chest trauma: differentiating cardiac contusion from acute peri-traumatic myocardial infarction // J. Thorac. Imaging. – 2006. – Vol. 21, – №2. – P. 176-178.

К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Кривенко Е. В., Магасумова Э. И., Ахмедова А. А.

*Карагандинский государственный медицинский университет
Кафедра детской хирургии*

Научные руководители: д.м.н., проф. Марденов А. Б., асс. Диамбекова А. М.

Эхинококкоз является одним из тяжелейших заболеваний детского возраста, которое может поражать практически любые органы и ткани организма. Но наиболее чаще паразитарные кисты формируются у детей в печени, частота которых по данным разных авторов составляет от 42% до 88% (5). Актуальность данной проблемы заключается в трудности проведения профилактических мероприятий, сложности раннего выявления в связи с отсутствием патогномичных симптомов на ранних стадиях развития паразитарной кисты. Традиционное хирургическое лечение эхинококкоза является высоко травматичным с большим риском развития инфекционных осложнений, в то время как применение малоинвазивных методов возможно лишь при легких формах заболевания. У детей данная патология вызывает серьезную угрозу для жизни, что связано с более агрессивным течением и склонностью кист к достижению больших размеров.

Цель исследования: проведение анализа заболеваемости эхинококкоза печени у детей, методов диагностики и лечения.

Задачи: определение распространенности эхинококкоза печени по регионам Карагандинской области, проведение профилактических осмотров детей в выявленных регионах, улучшение санитарно-просветительской работы среди населения.

Материалы и методы исследования: В областной детской клинической больнице города Караганды за период 2005-2008 гг. находились на лечении по поводу эхинококкоза печени 40 детей в возрасте от 4 до 17 лет, среди них мальчиков 19, девочек 21. Больные в основном поступали из различных районов Карагандинской области. В сельской местности проживало 28 детей (чаще Шетский и Нуринский районы). Эндемических очагов среди этих местностей не выявлено. Все случаи эхинококкоза спорадические. Остальные 12 городских жителей периодически выезжали в село. У всех больных с эхинококкозом печени был контакт с домашними животными.

Результаты: С диагнозом эхинококкоз печени поступило 8 детей, остальные 32 больных были направлены в хирургический стационар с различными ошибочными диагнозами с жалобами на слабость, недомогание, быструю утомляемость, снижение активности, у 25 больных – боли различной интенсивности в правом подреберье, чувство тяжести, у 10 – повышение температуры тела (37-39 С), у 17 – диспепсические расстройства, у 11 – аллергические реакции в виде крапивницы, поливалентной аллергии. Выше указанные 8 больных жалоб не предъявляли, а эхинококковые кисты печени обнаружены были при медицинских осмотрах, и заболевание у них протекало постепенно, незаметно. Резко выраженные объективные симптомы наблюдались у 6 детей, быстрота их нарастания, как в последующем выяснилось, была связана с локализацией и увеличением кист, которые сдавливали близлежащие ткани и органы. Из них у 5 мальчиков отмечалась дискинезия желчевыводящих путей. При объективном осмотре было выявлено увеличение размеров печени на 2-3-5 см и опухолевидное образование в области правого подреберья плотной консистенции в 100 % случаев. Изменения лабораторных показателей отмечались у 22 больных, из них у 13 детей - анемия легкой, у 1 – тяжелой степени, эозинофилия – у 22, лейкоцитоз – у 7, ускорение СОЭ – у 11 детей. Биохимический анализ крови у всех больных в пределах нормы. Обзорная рентгенография брюшной полости у детей при эхинококкозе печени позволила определить стояние диафрагмы, ее подвижность, размеры, формы и интенсивность тени печени. Всем больным также проведено рентгенологическое обследование легких, что позволило выявить сочетанный эхинококкоз печени и левого легкого в одном случае.

В нашей клинике основную роль в диагностике данной патологии придают ультразвуковому исследованию. Оно позволило установить точную локализацию кист у всех детей: в правой доли печени – у 29, левой – у 9, правой и левой – у 2 больных. А в зависимости от сегментарного деления чаще – в VI – VIII сегментах, размерами – от 3*3 см до 11,5*12,6 см. У 1 больного – множественные кисты печени размером 6,5*3,5 см.

Компьютерная томография была применена для дифференциальной диагностики эхинококковой кисты с другими образованиями печени. При эхинококкозе печени хорошо прослеживалось смещение печеночных и желчных протоков, их расширение, деформация желчного пузыря. Данный метод исследования был использован у 10 больных.

Всем детям было проведено хирургическое лечение. Оперативное вмешательство проводилось под интубационным наркозом с искусственной вентиляцией легких. Применялись доступы по Федорову – 6, Курвуазье-Кохера – 30, Рио-Бранко – 4. Радикальная эхинококкэктомия была выполнена 6 больным. Остальным детям проводилась закрытая эхинококкэктомия следующим способом. Истонченный участок фиброзной капсулы брали на держалки, производили пункцию эхинококковой кисты. Было аспирировано от 30 мл до 2,5 л жидкости, которая у 22 больных оказалась гнойной. Затем рассекали фиброзную капсулу и с помощью окончатого зажима Люэра удаляли хитиновую оболочку. Внутреннюю поверхность остаточной полости трехкратно обрабатывали салфеткой, смоченной 70 % спиртом. Обнаруженные свищи желчных ходов герметизированы губкой «Тахокомб». Остаточную полость кисты устраняли путем наложения капитонажных швов. При больших размерах кисты остаточную полость дренировали полихлорвиниловой трубкой, которую выводили наружу через контрапертуру в брюшной стенке. Брюшная полость зашивалась наглухо. Дренажную трубку удаляли на 10-14 сутки после операции.

Первые сутки после операции больные находились в ОРИТ, где получали инфузионную и антибактериальную терапию. Во всех случаях послеоперационный период протекал гладко, без особенностей. Все дети были выписаны в удовлетворительном состоянии.

За период наблюдения рецидивов не выявлено.

Выводы.

1. Эхинококкоз печени относится к числу наиболее тяжелых паразитарных заболеваний. В последние годы отмечается тенденция к увеличению роста эхинококкоза у детей в Карагандинской области (чаще Шетский и Нуринский районы), что с одной стороны возможно связано с развитием животноводства а с другой стороны - улучшением диагностики, в связи с чем данная патология требует дальнейшего глубокого изучения.
2. Диагностика эхинококкоза у детей на начальных стадиях была затруднена из-за стертости и неспецифичности клинических проявлений и основывалась на анализе данных клинических и специальных методов исследования.
3. Своевременное оперативное лечение позволило достичь благоприятных результатов.
4. Применение пластин «Тахокомб» оказалось эффективным при герметизации свищей желчных ходов.
5. Проведение профилактических осмотров детей, в семьях которых выявлен эхинококкоз печени, улучшение ветеринарной службы и санитарно-просветительской работы в вышеуказанных районах.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алиев М.М., Аллаберганов А.Т., Икрамов А.И. и др. Сочетанный эхинококкоз легких и печени у детей// Детская хирургия. - Москва, 2000.-№6.- С.18-22
2. Горемыкин И.В., Филиппов Ю.В. Видеолaparоскопия в лечении эхинококкоза печени у детей// Детская хирургия.- Москва, 1999.-№6.-С.14-17
3. Гумеров А.А., Шангареева Р.Х., Ишимов Ш.С. и др. Лапароскопические эхинококкэктомии при поражении печени у детей//Детская хирургия.- Москва, 1999.- №2.-С.27-30
4. Дженаляев Д.Б. Лапароскопическая хирургия в лечении гитаридозного эхинококкоза печени у детей// Педиатрия и детская хирургия.- Алматы, 2007.- №2.-С.39-42
5. Ормантаев К.С., Хаиров К.Э., Жукина О.Н.Современные подходы к хирургическому лечению эхинококкоза печени у детей// Сборник научных трудов республиканской конференции «Экология и здоровье детей».- Усть-Каменогорск, 2003.- С.162-163
6. Шамсиев А.М., Одилов А.Х., Атакулов Д.О. и др. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза у детей// Детская хирургия.- Москва, 1999.- №5.-С. 17-19

К ВОПРОСУ О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ХИТОЗАНА В КАЧЕСТВЕ АЛЛОТРАНСПЛАНТАТА ПРИ ОПЕРАЦИИ СЕПТОПЛАСТИКА

Кривопалов В. А., Усольцев Д. М., Саракуло В. М., Сергеев С. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра оперативной хирургии с топографической анатомией, ЛОР-болезней с курсом ПО*

Научные руководители: д.м.н., проф. Горбунов Н. С., д.м.н., проф. Большаков И. Н., к.м.н., асс. Кривопалов А. А.

Актуальность проблемы. Искривление перегородки носа является одной из наиболее частых ринологических патологий. По литературным данным (Воячек В.И., 1953; Солдатов И.Б., 1990 и др.), оно встречается у 95% людей.[3]

Вариации искривления перегородки носа весьма различны. Возможны смещения в ту или иную сторону, S-образное искривление, образование гребней и шипов, подвывих переднего отдела четырехугольного хряща.[1,3]

Деформация перегородки носа, вызывая нарушение функции внешнего дыхания, определяет целый ряд физиологических отклонений. В самой полости носа дефекты дыхания снижают газообмен околоносовых пазух, способствуя развитию синуситов, а затруднение поступления воздуха в обонятельную щель вызывает нарушение обоняния. Давление гребней и шипов на слизистую оболочку носа может привести к развитию вазомоторного ринита, бронхиальной астмы и других рефлекторных расстройств (Воячек В.И., 1953; Дайняк Л.Б., 1994) [1,3].

Лечение искривления носовой перегородки возможно только хирургическое. Среди различных модификаций операций на перегородке носа, используемых в практике врача оториноларинголога наиболее часто, следует выделить два принципиально отличающихся друг от друга методов. Первый метод О. Freer (1902) и G. Killian (1904) - радикальная подслизистая резекция искривленных структур; второй – модификация радикальной септум-операции Киллиана – консервативная септопластика по W. Wojatschek (1922) с реимплантацией фрагментов хряща и кости. Другое направление в септопластике - метод септопластики максиллярно-премаксиллярным доступом (М.Н. Cottle, 1948). На современном этапе развития ринопластики при наличии деформаций носовой перегородки локального характера используются методы эндоскопической коррекции. (Пискунов Г.З., Пискунов С.З., Козлов В.С., Лопатин А.С., 2003) [1,3,4,5].

В настоящее время также хорошо известны такие осложнения подслизистой резекции, как перфорация, седловидная деформация спинки носа, ретракция колумеллы, атрофия слизистой оболочки и дилоатация перегородки носа при дыхании. Методы же септопластики благодаря соблюдению законов биомеханики хряща (Лопатин А.С., 1996) способствуют сохранению практически полноценной перегородки носа и являются предпочтительными при выборе метода операции [3,4].

В то же время перспективным направлением септопластики последних лет является формирование остова перегородки носа из измельченных фрагментов аутохряща (Рушневский И.В., 1995). Следует отметить, работы аллотрансплантационного материала с целью пластики носовой перегородки [3].

В литературе нет данных об использовании в септопластике материалов, способствующих метаболической стимуляции тканевых структур и, как следствие, регенерации послеоперационных дефектов перегородки носа. Указанный факт говорит о целесообразности подобного рода исследований.

Цель исследования: выявить морфо – клинические особенности восстановления послеоперационных дефектов перегородки носа с использованием биополимера хитозана как стимулятора регенерации тканей.

Материалы и методы. В целях изучения закономерностей поведения хитозана в тканях организма, изучения гистогенеза репаративных процессов и структуры полученного регенерата проведены экспериментальные исследования на 5 лабораторных животных – кроликах обоего пола в возрасте от 6 месяцев до года на базе кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией. Всем исследуемым животным была проведена поднадхрящичная резекция прямоугольного участка хряща ушной раковины с последующим замещением дефекта биополимером хитозаном в виде. На втором ухе каждого из лабораторных животных с целью контроля результатов резекция участка хряща ушной раковины проводилась без замещения дефекта. Для сравнительной оценки полученных регенератов изучено строение нормального хряща ушной раковины кроликов.

Описание операции. В асептических условиях после предварительной обработки операционного поля спиртом дважды под инфильтрационной анестезией Sol. Novocaini 2% 10-20 ml выполняли разрез кожи и надхрящницы до хряща длиной 3 см. Кожа и надхрящница в одной слое отсепаровывались, производился разрез и резекция прямоугольного участка хряща, размером 1 × 0,5 см, без повреждения тканей противоположной стороны ушной раковины. (рис. 1) Через резецируемый участок от поверхности хряща отсепаровывались мягкие ткани противоположной стороны вместе с надхрящницей. В образовавшуюся полость под дефектом хряща помещалась хитозановая губка размером 1,5×0,7 см. (рис. 2)

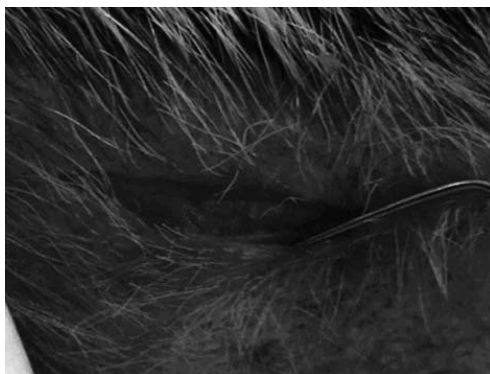


Рис. 1. – Вид операционной раны после резекции участка хряща ушной раковины

Края раны сопоставляли и сшивали П-образными швами, захватывая в один слой кожу и надхрящницу. Далее выполнялось производство хрящевого дефекта на второй ушной раковине без замещения его трансплантационным материалом. Швы снимали на 7 сутки.



Рис. 2. – Вид операционной раны после замещения хрящевого дефекта губкой хитозана

Для изучения морфогенеза вновь образованной ткани забор материала проводили на 1, 2, 3, 5, 7, 10, 14, 21, 28 суток после операции. С этой целью двумя «полуовальными» сходящимися разрезами иссекали вновь образованный рубец с захватом в препарат интактных тканей ушной раковины.

Тканевый материал фиксировали в 10% забуференном растворе формалина по Лили, заливали в парафин. Для количественно-морфологического исследования использовали обзорные срезы, окрашенные гематоксилином и эозином, более детализированную картину гистогенеза получали после селективной окраски препаратов по Ван-Гизону и Вейгерту.

Результаты исследования. В ходе наблюдения за раневым процессом во всех 5 экспериментах в первые 2 суток отклонений не выявлено. На 3 сутки после операции были обнаружены признаки гипотрофии тканей над опытным участком, проявляющиеся бледностью и легким шелушением кожных покровов над хитозановым трансплантатом. Над контрольным участком в течение раневого процесса особенностей не обнаружено. К 5 суткам после операции ткани над опытным участком бледные, сухие с признаками шелушения на протяжении 0,7 см от линии швов. На 7 сутки при снятии швов над опытным выявлены признаки коагуляционного некроза мягких тканей над трансплантатом, протяженностью в 1 см от линии швов. Ткани сухие, при снятии швов легко удаляются в пределах интактных областей. При удалении некротизированных участков кожи обнаруживается раневой дефект с неровными бледными краями. Раневой процесс над областью контроля протекает без особенностей. К 28 суткам над местом применения хитозана отмечается формирование гипертрофического рубца, размером 3×2 см, мягкого с формированием 1-3 экзофитов, размером до 5 мм. Над зоной контроля к данному сроку формируется линейный нормотрофический рубец, размеров 3×1,5 мм.

В микропрепаратах на 1 сутки после операции в препаратах обеих групп отмечалась большая концентрация клеток лейкоцитарного звена в области имплантата и на границе имплантата с околодефектной зоной, что соответствовало началу развития реакции на внедрение имплантата. На 2–3 сутки после оперативного вмешательства во всех препаратах выявлялась концентрация клеток лейкоцитарного звена в околодефектной зоне. В препаратах опытной группы в околодефектной зоне над трансплантатом выявлены дистрофические изменения. На 5–7 сутки в препаратах группы контроля реакция на внедрение имплантата, воспалительные явления уменьшились и практически полностью исчезли к концу первой недели. В препаратах опытной группы над воспалительными явлениями цитоза преобладали дистрофические изменения тканей над хитозаном с наметившимися очагами сухого некроза, к концу первой недели принявших генерализованный характер (Рис. 3).

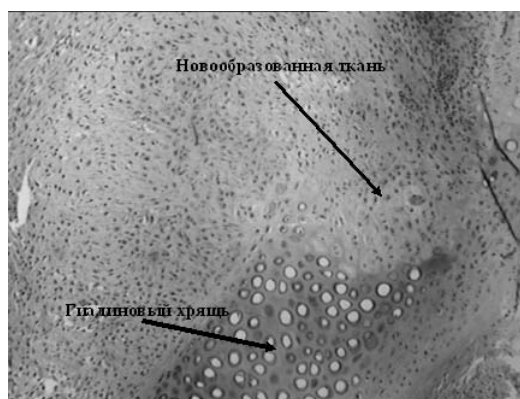


Рис. 3. – Микропрепарат переходной зоны гиалинового хряща в новообразованную ткань после имплантации ХГ на 20 день. Ув. 120

В период 21-28 суток после операции в препаратах опытной группы отмечается формирование рыхлой соединительной ткани, волокнистый элемент преобладает над клеточным. В препаратах группы контроля рыхлая соединительная ткань более оформлена, интенсивность ее развития значительно меньше.

Выводы:

1. Интраоперационное применение хитозана в качестве аллотрансплантата с целью стимуляции тканевой регенерации вызывает коагуляционный некроз прилегающих тканей ввиду выраженной сорбционной способности данного биополимера.
2. Регенерации хрящевой ткани при использовании хитозана не происходит, дефект замещается рыхлым соединительнотканым компонентом с явлениями гиперпролиферации.
3. Исходя из вышеизложенного применение хитозана в качестве аллотрансплантата при операции септопластика является нецелесообразным и несет собой риск многочисленных осложнений, как-то – вторичные перфорация и деформация перегородки носа и др.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Булл Т. Р. Атлас ЛОР-заболеваний. – Москва, 2005. – С. 132-135.
2. Орешкин И.В. Клинико-морфологическое обоснование лечения деструктивных форм периодонтита с применением хитозана: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – Красноярск, 2003. – С. 21.
3. Солдатов И.Б., Гофман В.Р. Оториноларингология. – Санкт-Петербург, 2000. – С. 252-256.
4. Пискунов Г.З., Пискунов В.С., Козлов А.С. и др. Заболевания носа и околоносовых пазух. – Москва, 2003. – С. 18-22, 141-145.
5. Преображенский Б.С., Темкин Я.С., Лихачев А.Г. Болезни уха, носа и горла. – Москва, 1955. – С. 179-181.

УДК 617.713:617.741:615.216.84

ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИСОСУДИСТОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Криворучко Я. О., Кулинич Т. А.

*Карагандинская государственная медицинская академия
Кафедра глазных болезней*

Научные руководители: д.м.н., проф. Шустеров Ю. А., к.м.н., асс. Елисеева Е. В.

Актуальность проблемы. Одним из главных приоритетов в современном лечении в настоящее время является снижение числа развития осложнений основного заболевания, а также использование немедикаментозных методов лечения, их применение в комплексном лечении и совершенствование уже применяемых методов лечения. В области офтальмологии все активнее используются высокие технологии и новые методы лечения, что способствует позитивным качественным сдвигам.

В последние десятилетия в разных областях медицины широко применяется внутрисосудистое лазерное облучение крови (ВЛОК), оказывающее на организм комплексное влияние – антиоксидантное, иммунокорригирующее, противовоспалительное [2,3,10,11]. Механизмы действия ВЛОК обусловлены влиянием через изменение свойств компонентов крови с последующей генерализацией эффекта на организм в целом. Воздействие ВЛОК на гемоглобин повышает образование АТФ и энергообразование в клетках. В лейкоцитах выявлена повышение фагоцитарной активности, секреции бактерицидных катионных белков, интерлейкинов, биологически активных веществ. Улучшение микроциркуляции и утилизации кислорода в тканях при использовании ВЛОК также тесно связано с положительным влиянием на обмен веществ. В плазме крови повышается активность элементов иммунной системы, нормализуется протеолитическая активность, снижается содержание продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ). Кроме того, ВЛОК существенно влияет на механизмы регулирования и поддержания гомеостаза на уровне центральной и вегетативной нервной систем.

В офтальмологии лазерная фотомодификация крови была использована при конъюнктивитах, увеитах и кератитах [4,7,8], глаукоме [1,5], тромбозах ретинальных вен [6,9], гипертонической ретинопатии [12].

Аспекты применения метода ВЛОК в офтальмологической клинике, несмотря на его значимость, остаются недостаточно изученными. Исследования по теоретической разработке и применению метода ВЛОК немногочисленны.

Целью данной работы является оценка результатов использования ВЛОК в комплексном лечении офтальмологических больных.

Задачи исследования

1. Проанализировать применение данного метода лечения в офтальмологии, с обоснованием основных терапевтических эффектов.
2. Определить показания для проведения ВЛОК, оценить максимальный положительный эффект при определенной патологии органа зрения.
3. Осуществить анализ основных достигнутых эффектов при различной патологии органа зрения.

Материалы и методы. Для решения поставленных в работе цели и задач нами было выполнено сравнительное исследование, основанное на клинических наблюдениях, обследовании и лечении 125 больных с различной патологией органа зрения. В связи с различием нозологий и основных методов лечения больные были разделены на несколько групп, а именно: воспалительные заболевания роговицы и сосудистой оболочки (36 пациентов), миопия (22 пациента), катаракта (34 пациентов), заболевания сетчатки и зрительного нерва (33 пациентов). В каждой группе имелась основная подгруппа (в которой наряду с традиционным лечением проводились сеансы ВЛОК) и контрольная (в которой проводилась лишь медикаментозная терапия).

В общей сложности в основные группы вошли 53 пациента, в контрольные – 72 больных.

Все больные находились на лечении в отделении микрохирургии глаза Областного Медицинского Центра г. Караганды (клиническая база кафедры глазных болезней) в период с 2007 по 2008 год.

Всем больным до и после назначения лечения в сроки до 6 месяцев было проведено офтальмологическое исследование, включающее визометрию, тонометрию, периметрию, биомикроскопию и офтальмоскопию. Кроме того, всем больным было проведено общепринятое исследование крови, включающее общий анализ крови, биохимический анализ крови.

Метод ВЛОК выполнялся следующим образом.

Использовали аппарат лазерного (низкоэнергетического гелий-неонового) внутривенного облучения крови «АЛОК-1» с мощностью выхода излучения на конце световода 0,7–1 мвт и длиной волны лазерного излучения 0,63 мкм. Производили дезинфекцию световода химическим методом по режиму, используемому при вирусных гепатитах. В стерильных условиях осуществляли пункцию кубитальной вены иглой от одноразовой системы. Через нее вводили световод. После проведения световода на длину 3–7 см пункционную иглу удаляли из вены. Длительность сеансов составляла 30 минут при курсе 2–10 сеансов.

Полученные результаты. Сопоставление результатов лечения больных в основной группе и группе сравнения выявило ускорение процессов регенерации и улучшение зрительных функций благодаря применению ВЛОК. Применение метода ВЛОК приводит к значительному увеличению остроты зрения. Так, в группе больных воспалительными заболеваниями роговицы и сосудистой оболочки отмечено, что острота зрения увеличивается в среднем с 0,15 до 0,29 без коррекции и с 0,26 до 0,52 с коррекцией, что составляет 14% и 26% соответственно. В то же время, в контрольной группе (с традиционным медикаментозным лечением) острота зрения повысилась в среднем с 0,26 до 0,3 без коррекции и с 0,64 до 0,68 с коррекцией, что составило 4 % и 4 % соответственно.

В группе больных миопией отмечено, что острота зрения увеличилась с 0,06 до 0,09 без коррекции и с 0,36 до 0,57 с коррекцией, что составило 3 % и 21% соответственно. В контрольной группе острота зрения в среднем была и осталась 0,1 без коррекции и увеличилась от 0,20 до 0,25 с коррекцией, что составляет 0% и 5% соответственно.

В группе больных катарактой выявлено, что острота зрения увеличилась с 0,19 до 0,28 без коррекции и с 0,49 до 0,58 с коррекцией, что составило 9% и 9% соответственно. В контрольной группе острота зрения увеличилась от 0,27 до 0,30 без коррекции и от 0,57 до 0,62 с коррекцией, что составило 3% и 5% соответственно.

В группе больных с заболеваниями сетчатки и зрительного нерва отмечено, что острота зрения увеличивается от 0,16 до 0,19 без коррекции и от 0,39 до 0,44 с коррекцией, что составило 3 % и 5% соответственно. В контрольной группе отмечено увеличение остроты зрения от 0,14 до 0,15 без коррекции и от 0,16 до 0,2 с коррекцией, что составляет 1% и 4% соответственно.

Наиболее успешным было лечение воспалительных заболеваний роговицы и сосудистой оболочки. Также хороший эффект отмечен нами при лечении катаракты. Состояние зрительных функций в основной группе было достоверно выше, чем в контрольной. Сократилась и общая продолжительность лечения больных.

При лечении методом ВЛОК отмечается увеличение общего содержания белых клеток крови, что свидетельствует об усилении иммунной функции крови.

Выводы. ВЛОК является эффективным методом лечения глазных заболеваний и характеризуется минимальной инвазивностью. Таким образом, достигнутый положительный эффект в виде повышения зрительных функций, снижении инфекционных осложнений и ускорении репаративных процессов позволяет рекомендовать данный метод в комплексном лечении офтальмологических больных. Применение ВЛОК позволяет значительно сократить сроки лечения, увеличить время ремиссии, стабилизировать течение заболеваний, снизить количество послеоперационных осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Балашова Л.М., Листопадова Н.А., Зайцева Н.С. и др. Использование ингаляций гепарина и ЛОК при лечении больных с ОУГ // Вестн. офтальмол. – 1998. – № 6. – С. 6-9.
2. Гамалей Н.Ф., Стадник В.Я. Влияние низкоэнергетического лазерного излучения на кровь (обзор литературы) // Врачеб. дело. – 1988. – № 9. – С. 67-70.
3. Гостищев В.К., Вертянов В.А., Сопроматзе М.А. и др. Лазерное облучение крови в хирургии: обзор // Хирургия. – 1991. – №1. – С.121 – 125.
4. Елисеева Е.В., Шустер Ю.А., Вахрушев Б.Н., Шалаев Н.С. Возможности интравазального лазерного облучения аутокрови в офтальмологии // Тезисы докл. межд. конф. – Алматы, 1993. – С. 44-45.
5. Жаканова Г.К., Имантаева М.Б. Изменения зрительных функций при ВЛОК у больных первичной открытоугольной глаукомой // Тезисы докл. межд. конф. – Алматы, 1993. – С. 14-15.
6. Жаканова Г.К. Использование внутривенного лазерного облучения крови в сочетании с гепарином при лечении больных с тромбозом ретинальных вен // Актуальные проблемы офтальмологии: Сб. науч. трудов – Алматы: КазНИИ глазных болезней. – 2002. – С. 114-117.
7. Животовский Л.Д., Безрукова Л.Ш. Внутрисосудистое лазерное облучение крови: клиническая эффективность и перспективы применения в офтальмологии // Вестн. офтальмол. – 1992. – № 4-6. – С. 52-54.
8. Заркешева И.М., Ахмедьянова З.У., Величко Ю.А. Применение внутрисосудистого облучения крови в лечении воспалительных заболеваний глаз // Актуальные вопросы офтальмологии. – Алматы, 1994. – С. 27-28.
9. Захарова И.А., Махмутова Т.И., Лобева Н.В. Оценка эффективности эндососудистого облучения крови в комплексной терапии тромбозов ретинальных вен // Вестн. офтальмол. – 1996. – № 5. – С. 17-18.
10. Коновалов Е.П. Церулоплазмин как показатель эффективности внутрисосудистого лазерного облучения крови больных при различных воспалительных процессах // Врачеб. дело. – 1988. – № 9. – С. 71-72.
11. Крюк А.С., Мостовников В.А., Хохлов И.В., Сердюченко Н.С. Терапевтическая эффективность низкоинтенсивного лазерного излучения – Минск, 1986. – 167 с.
12. Мустафина Ж.Г., Билялова А.Н., Жаканова Г.К., Атакулова М.Т. Использование танакана и лазерного облучения крови в терапии гипертонической ретинопатии // Актуальные вопросы офтальмологии. – Алматы, 1999. – С. 86-89.

УДК 616-053.5:615.838

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ОЗЕРЕ ШИРА

Крисанкова Ю. А., Трасков А. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней с курсом ПО*

Научный руководитель: д.м.н., доц. Галактионова М. Ю.

Стратегическим направлением работы органов здравоохранения во всех странах мира сегодня следует считать первичную профилактику хронических неинфекционных заболеваний. Обеспечение активного медицинского наблюдения за состоянием здоровья детей в современных условиях является актуальной задачей практического здравоохранения. Не смотря на проводимые профилактические и лечебно- оздоровительные мероприятия, отмечается рост заболеваемости

и формирование хронических патологий в детском возрасте. Недостаточная эффективность профилактических программ у взрослых диктует необходимость поиска новых ранних профилактических мероприятий и смещения их в более ранние возрастные периоды.

Все вышесказанное диктует необходимость целенаправленного восстановительного оздоровления детей с учетом наиболее значимых факторов риска, связанных и с нарушением социально-психологической адаптации, и с экологическим неблагополучием. Ведущая роль в этой системе принадлежит детской поликлинике.

Современное детское здравоохранение в настоящее время переживает существенную перестройку, направленную на улучшение качества лечебных мероприятий. В этой перестройке большое значение имеет внедрение в теорию и практику педиатрии ведущих положений реабилитации.

Естественно, что для педиатрии реабилитация представляет особый интерес, так как именно в детском возрасте начинаются многие заболевания, приводящие к стойкой утрате трудоспособности и инвалидизации. Следует также отметить, что у детей в отличие от взрослых, реабилитация обеспечивает и развитие и функционирование всех органов и систем, предупреждая задержку в росте и развитии больного ребенка. Даже при необратимых изменениях в организме больного реабилитационная программа дает возможность вернуть детей к обычным условиям существования, либо адаптировать к новым.

Цель исследования: анализ нозологической структуры хронической заболеваемости и эффективность реабилитационных мероприятий детей и подростков в условиях санаторно-курортного лечения на озере Шира.

На этапе амбулаторно-поликлинической помощи больным детям санатории занимают особое место. Лечебно-оздоровительная деятельность санатория направлена на активацию защитно-приспособительных реакций организма, восстановление и компенсацию нарушенных функций, нормализацию физического развития, что способствует повышению качества жизни больного ребенка, предупреждению рецидивов и обострений болезни. В современных условиях высокую значимость приобретают реабилитационные технологии, направленные не только и не столько на нозологическую форму, сколько на благополучие личности больного.

Показаниями к реабилитации детей являются наличие у них последствий болезни. Содержание реабилитации отражает реабилитационная программа, реализуемая при условии деятельности в санатории медицинской, психологической, педагогической и социальной служб.

Работа проведена на базе санатория «Шира». Научному обоснованию подлежали: разработка показаний для проведения комплексной реабилитации, определение потребности в ней больного ребенка, содержание реабилитации, оценка ее результативности. Для выполнения исследований использованы данные о состоянии здоровья ребенка на момент поступления в санаторий, информация о микросоциуме больного, наличии материально-технической базы учреждения и уровней квалификации специалистов различного профиля – врачей, психологов, педагогов, работников социальной защиты, среднего медицинского персонала.

Определена следующая последовательность действий специалистов в санатории при организации реабилитации детей с патологией органов пищеварения: диагностика последствий болезни, согласно Международной классификации болезней X пересмотра и «Международной номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности» у контингента детей, нуждающихся в комплексной реабилитации; определение реабилитационных возможностей каждого ребенка с оценкой потребностей в медицинских, психологических, педагогических и социальных услугах; разработка и реализация типовой и индивидуальных реабилитационных программ и маршрутов; осуществление выборочного текущего и итогового контроля по оценке эффективности реабилитации и коррекция реабилитационных программ.

Санаторий является экологически чистым, постоянно совершенствует лечебно-диагностические методики.

По результатам диагностических исследований детей за 2003, 2006, 2007, 2008 года мы выявили закономерность распространенности детей с желудочно-кишечными расстройствами и патологией других систем. Результаты показали, что большую часть заболеваний относится к заболеваниям ДЖВП (дискинезия желче выводящих путей), на втором месте хронические гастриты и на третьем нарушение осанки. Причиной столь высоких показателей заболеваемости ЖК сравнивая также и по результатам антропометрическим показателей можно считать нарушение питания и обмена веществ. Так как полученные результаты свидетельствуют о высоком проценте избытка 1, 2 степени массы тела у детей

Для успешной реабилитации проводится максимальное использование оздоровительных технологий с использованием природных факторов. Комплекс реабилитационных мероприятий включал: диету, массаж, ЛФК, лечебные ванны, санацию очагов хронической инфекции (ингаляции травами-антисептиками, минеральной водой, орошение зева), физиопроцедуры, использование местных факторов: грязелечение, прием минеральных вод. Длительность этапа реабилитации составила 21 день.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Артамонова, С.Ю. К вопросу оценки функционального состояния подростков / С.Ю. Артамонова, Н.В. Саввина // Актуальные проблемы педиатрии: Сб. матер. XII конгресса педиатров России. – М., 2008. – С. 13.
2. Голева, О.П. Формирование хронических заболеваний у подростков / О.П. Голева, Н.А. Закоркина, В.Г. Лопушанский // Проблемы соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. – 2005. – №6. – С. 16-19.
3. Жуйкова Г.В. Реабилитация детей с патологией органов пищеварения в санаторных условиях / Г.В. Жуйкова, М.Б. Колесникова, Н.В. Буторина, Л.Н. Соловьева // Материалы XII Конгресса детских гастроэнтерологов России. – М., 2005. – С.205-206.
4. Кучма, В.Р. Приоритетные критерии оценки состояния здоровья и профилактики заболеваний детей и подростков / В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева // Гиг. и сан. – 2005. – №6. – С. 42-45.
5. Онищенко, Г.Г. Социально-гигиенические проблемы состояния здоровья детей и подростков / Г.Г. Онищенко // Гиг. и сан. – 2001. – №5. – С. 7 - 11.
6. Усанова Е.П. Новые подходы к реабилитации детей с гастроэнтерологической патологией в санатории / Е.П. Усанова, О.А. Шапкина, Р.А. Матковский // Материалы XII Конгресса детских гастроэнтерологов России. – М., 2005. – С. 425.

РЕНТГЕНДИАГНОСТИКА ТРАХЕОБРОНХОМЕГАЛИИ У ДЕТЕЙ**Кузнецова Н. Ю., Плахотников А. В.***Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого**Кафедра лучевой диагностики ИПО***Научный руководитель: д.м.н., проф. Красницкий И. В.**

Актуальность проблемы: С развитием торакальной хирургии возникла необходимость в углубленном изучении различных форм пороков развития легких, в частности центральных дыхательных путей (трахеи, главных бронхов), нередко являющихся причиной хронического воспалительного процесса и прогрессирующей дыхательной недостаточности.

В распознавании пороков развития центральных дыхательных путей рентгенологическое исследование имеет решающее значение, так как ни клинические, ни лабораторные данные не дают достаточно оснований для достоверной диагностики.

Цель работы: Работа заключается в оптимизации выявления и диагностики трахеобронхомегалии на основании совершенствования методов рентгенологического исследования и разработке рентгеносемиотики в соответствии с современными требованиями.

Задачи исследования: Разработать программу комплексного рентгенологического исследования трахеи и главных бронхов при подозрении на трахеобронхомегалию у детей.

На основании фактического материала определить распространенность трахеобронхомегалии в группах больных с неспецифическими заболеваниями легких.

Материал и методы исследования: В основу работы положены исследования с 1967 года по настоящее время находившихся в детских отделениях Краевой клинической больницы № 1 и торакальном отделении 20 городской больницы. Обследовано свыше 20450 детей, из них с пороками развития легких 523.

Из собранных нами данных из отечественной и зарубежной литературы очевидно, что до сего времени нет единого мнения о частоте трахеобронхомегалии у детей. Она колеблется в довольно значительных пределах от 0,002 до 0,57% (Г.И. Лукомский и соавт., 1973; Hollinger и с.а., 1957). Описано 67 наблюдений трахеобронхомегалии у детей (отечественными авторами - 33 и зарубежными – 34) и подростков в возрасте от 1,5 до 16 лет. У всех выявленных детей с трахеобронхомегалией был длительный легочный анамнез.

Клинический осмотр редко ориентирует в диагностике. Клинические симптомы мало специфичны.

Диагноз трахеобронхомегалии ставится на основе рентгенологического исследования. На прямой рентгенограмме грудном клетки можно получить сведения о расширенной трахеи в виде просветления по краю средостения справа с продолжением на бронхиальное дерево. Более широкое внедрение прямых “жестких” снимков позволяет выявить заболевание в более ранних стадиях. В детализации рентгеноморфологической картины при трахеобронхомегалии важную роль играет томографическое исследование. Отличительной чертой послышного исследования является, возможность детально изучить состояние стенки центральных дыхательных путей: ее толщину, внутренние и наружные контуры, наличие выпячиваний. В диагностике трахеобронхомегалии особое место занимает трахеобронхография, которая дает представление о рентгеноморфологических и функциональных изменениях, дифференциальной диагностике сопутствующих заболеваний.

Трахеобронхография - самый информативный метод исследования при трахеобронхомегалии.

Полученные результаты: Среди обследованных 6157 детей с заболеванием легких у 7 выявлено расширение трахеи и главных бронхов. Возраст детей от 11 до 16 лет. У всех определялась клиническая картина хронического воспалительного процесса: одышка – у 5 детей, кашель с мокротой - у 7 детей, хрипы в груди – у 6 детей.

На основе анализа (30 тысяч с ХНЗЛ) установлено, что трахеобронхомегалия среди пациентов с неспецифическими заболеваниями встретила в 0,24% случаев. В детском возрасте ХНЗЛ сочетались с трахеобронхомегалией в 0,06% случаев.

Выводы:

1. Трахеобронхомегалия - редко диагностируемый вид порока бронхолегочной системы.
2. Ведущая роль в установлении диагноза трахеобронхомегалии принадлежит комплексному рентгенологическому методу исследования.
3. Обзорные методы рентгенологического исследования грудной клетки (рентгенография) позволяет выявить больных с подозрением на наличие трахеобронхомегалии.
4. Детализация морфологических изменений трахеи и крупных бронхов достигается при томографии (80%), при бронхографии (90%).
5. Рентгенологическая семиотика изменений трахеи и главных бронхов при трахеобронхомегалии складывается: 1) изменение просвета центральных дыхательных путей – 100%; 2) изменение контуров трахеи и главных бронхов – 89%; 3) изменение конфигурации трахеи – 30%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Величко Р.Н. О пороках развития трахеи их классификации // Грудная хирургия.-1973, - 5, - С. 46-51.
2. Виннер М.Г. Трахеобронхомегалия. // Клиническая рентгенодиагностика. - М. 1983, - Т.1.-Гл.1.- С.13-18.
3. Горбулева Т.Н. Рентгенологическая диагностика аномалий и пороков развития легких у детей: Дис., канд. мед. наук. М., 1968, - 223с.
4. Королева Н.С., Фельдман Ф.С., Платов И.И. К вопросу о трахеобронхомегалии и трахеобронхомаляции // Клини. мед., - 1971.-№ 11. - С.38-42.
5. Красницкий И.В. Рентгено-морфологические разновидности трахеобронхомегалий // V Всероссийский съезд рентгенологов и радиологов. Тез. докл.- М.,1986. - С.50-51.
6. Морозов Н.Н., Вайсенберг А.Я., Шамой А.А. и др. О трахеобронхомегалии. // Казанский мед. журн., - 1973. - № 3. - С.49-50.
7. Таточенко В.К., Коке В.Я., Артамонов Р.Г. и др. Распространенные пороки развития бронхиального дерева у детей. // Педиатрия.-1975. - № 4. - С. 14-18.
8. Трофимов Э.М. Трахеобронхомегалия /обзор литературы/. // Мед. реферативн. журнал. - 1977. - Раздел IV.- № 4. - С.1-7.
9. Трофимов Э.М., Северин С.Ф. О трахеобронхомегалии. // Актуальные проблемы современной клиники. - М., 1982. - С. 148-149.
10. Doyle J.A., Rellan L.M., Brea M.M. Megatruaqua y bronquie – tasies congenitas (Sindrome de Mounier-Kuhn) // Rev. Ass. Med. Argent – 1954. - v. 68. – p. 579-580.

11. Hunter T.B., Kuhns L.R., Roloff M.A., Holt J.F. Traheobronchiomegaly in an 18 – month old child. - «Am. J. Roentgenol.», 1975, 123, № 4, 687-690.
12. Jean R., Beauvais P., Meyer B., Paupe J., Benoits M.R., Vialatte J. Trachebronchomegalie. A propos d'une observation.- «Arch. Franc. Pediat», 1967, 24, № 2, 241-242.
13. Lallemand D., Chagnan S., Buriot D. e.s. Tracheomegalie et deficit immunitaire ches l'enfant // Arn. Radiol. – 1981, - v. 24, № 1, - p. 67 -72.
14. Landing B.H., Dixon L.Y. Congenital malformations and genetic disorders of the respiratory tract (larynx, trachea, bronchi and lungs). // Amer. Rev. Respirat. Dis. – 1979, – v. 120, № 1. – p. 151-152.
15. Zebrak J. Tracheobronchomegalie bei kinder unter Langzeitbeobachtung. // prax. Pneumol. – 1976. – Bd. 30 – s. 469-478.

УДК 616-002.5-092:616.98

ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ ПО МАТЕРИАЛАМ МУЗ ГКБ № 6

Кукушкина Т. С., Иванова И. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО*

Научный руководитель: асс. Андропова Н. В.

Актуальность изучения ВИЧ-инфекции обусловлена постоянно возрастающей заболеваемостью населения. В настоящее время на территории России насчитывается около 450 тысяч заболевших [1]. По Красноярскому краю зарегистрировано более 9 тысяч случаев ВИЧ-инфекции. Ежедневно выявляется более 20 ВИЧ-позитивных пациентов. На территории Красноярского края отмечается также высокая заболеваемость по туберкулезу.

Как доказано, ВИЧ поражает и приводит к гибели преимущественно Т-лимфоцитов, и особенно популяции Т-хелперов (CD4-лимфоциты), которые играют ключевую роль в развитии противотуберкулезного иммунитета. Снижение их количества в организме человека серьезно нарушает клеточный иммунитет. Снижается выработка CD4-лимфоцитами опсонизирующих антител, интерлейкина-2, интерферона, что неблагоприятно сказывается на реакциях других эффективных клеток [3]. При этом ВИЧ влияет также на альвеолярные макрофаги, моноциты и полинуклеары, снижая их способность мигрировать в легкие. Этим объясняется закономерность преимущественного сочетания туберкулеза и ВИЧ-инфекции. Течение ВИЧ-инфекции и туберкулеза может происходить в двух вариантах: туберкулез у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции и ВИЧ-инфекция у больных туберкулезом на любом этапе развития болезни: у излечившихся, при обострении процесса и в активной фазе туберкулеза [2]. Разрастание эпидемии ВИЧ-инфекции сказывается и на ситуации с полирезистентным туберкулезом, что также связано с нарушениями противотуберкулезного иммунитета. Примечательно, что высокая частота множественной лекарственной резистентности микобактерий туберкулеза (резистентность по крайней мере к самым эффективным противотуберкулезным препаратам изониазиду и рифампицину) прямо коррелирует с распространенностью ВИЧ-инфекции и СПИДа [4].

За период с 2004 по 2008 годы в 1 инфекционном отделении МУЗ ГКБ №6 находился на лечении с диагнозом: ВИЧ-инфекция 221 больной. Из них туберкулезный процесс как сопутствующее заболевание или оппортунистическая инфекция отмечался у 29 пациентов.

Целью нашей работы было изучение клинических и лабораторных особенностей сочетанной ВИЧ-инфекции с туберкулезным воспалением, выявить закономерности патологического процесса на территории Красноярского края.

Материалы и методы исследования: нами были проанализированы 18 случаев сочетания ВИЧ-инфекции с впервые выявленным туберкулезным процессом по материалам инфекционного отделения МУЗ ГКБ №6 за 2 года наблюдения (с 2006 по 2008 гг.). Выборка проведена путем слепой рандомизации.

В результате наших исследований выявлено, что чаще страдали мужчины (94%), чем женщины (6%), средний возраст 33,9±5,6 лет. С диагнозом ВИЧ-инфекция впервые госпитализированы 6% пациентов, повторно – 94%. Планово поступило из центра СПИД 78% пациентов, по скорой помощи – 11 %, из ГП №8 – 11%. Из них работающих 33%, неработающих 67% (инвалидов по ВИЧ-инфекции – 11% , БОМЖ – 11%). При направлении диагноз ВИЧ-инфекции имели 82% больных, остальные поступили с диагнозами – инфекционный мононуклеоз (6%), острая инфекция верхних дыхательных путей, внебольничная пневмония (12%). Четверо больных были госпитализированы повторно за последние 6 месяцев, во время предыдущей госпитализации клинических и рентгенологических данных за туберкулез не выявлялось. Амбулаторно больные получали антиретровирусную терапию.

Больные при поступлении предъявляли следующие жалобы: слабость, недомогание, снижение веса, ночная потливость у 100%; кашель у 50 % (из них с мокротой 20%, без мокроты 80 %); повышение температуры до субфебрильных цифр в 28% случаев, до фебрильных в 72%; диарея в 18% случаев; перебои в работе сердца в виде нарушения ритма, сердцебиения у 44%.

Длительность течения ВИЧ-инфекции от 4 до 13 лет, в среднем 8 лет. Заражение чаще всего (в 94 % случаев) наступило вследствие употребления внутривенных наркотических средств, и лишь в 6% - при половом контакте.

У одного пациента диагноз ВИЧ-инфекция выставлен впервые в стационаре.

До поступления в клинику терапию по поводу ВИЧ-инфекции получали 39% пациентов, однако прием препаратов производился нерегулярно из-за самостоятельного отказа больных.

Из сопутствующих заболеваний, гепатит С встречался в 39% случаев, гепатит В – в 6%, гепатит В+С – в 6 % (гепатиты подтверждены маркерной диагностикой), ЦМВИ – в 12% (наличие IgM к ЦМВИ, ПЦР), пневмоцистная пневмония – в 18% (ПЦР диагностика), кандидоз, подтвержденный бактериологически – в 55% случаев (локализованный у 70% пациентов, генерализованный у 30%), токсоплазмоз, подтвержденный обнаружением в сыворотке крови специфических IgM и IgG в диагностически значимых титрах.

Алкоголизмом страдали 50% больных, наркоманий – 80%.

Один пациент 10 лет назад перенес инфильтративный туберкулез легких, состоял на учете в противотуберкулезном диспансере, получал лечение, на момент поступления в стационар с учета снят.

Больные поступали в стационар в состоянии средней степени тяжести в 94% случаев, в тяжелом – в 6%. Кахексия наблюдалась у 28%, бледность и повышенная влажность кожных покровов – у всех пациентов, кандидоз полости рта

отмечался – у 22%, лимфаденопатия (увеличение поднижнечелюстных, заднешейных, подмышечных, паховых лимфоузлов) у 67% пациентов, нарушение проводимости (НБЛНПГ по данным ЭКГ) у 6%, гепатоспленомегалия у 50%. До поступления в стационар длительность лихорадки от 10 дней до 1,5 месяцев.

При лабораторном исследовании в периферической крови железодефицитная анемия выявлена у 100% больных, снижение тромбоцитов у 56%, снижение лейкоцитов у 28%, увеличение количества палочкоядерных лейкоцитов у 50%, лимфопения у 61%, повышение СОЭ в среднем до 50 мм/ч у 100%.

В биохимическом анализе крови повышение АЛТ, АСТ у 6% пациентов, билирубина у 18%, щелочной фосфатазы у 39%, амилазы у 17%.

В иммунном статусе: снижение CD4 (от 322 до 3 клеток) в 100% случаев, снижение фагоцитарного индекса в 100%.

Вирусная нагрузка РНК ВИЧ определялась методом ПЦР и составила $3,3-8 \times 10^5$ коп/мл (в среднем $5,4 \times 10^5$ коп/мл). Таким образом, 4А стадия диагностирована у 16% больных, 4Б – у 72%, 4В – у 12%.

Диагноз туберкулеза подтвержден рентгенологически в 100% случаев. Патологические очаги туберкулеза у 56% пациентов в S1, S2, S6, у 11% обнаружен милиарный туберкулез. Обнаружение БК в мокроте в 39% случаев. ПЦР ДНК на туберкулез положительная у 22%, отрицательная у 78%. После подтверждения диагноза в противотуберкулезный диспансер переведены 17 больных.

Один пациент с диагнозом: ВИЧ-инфекция, стадия 4В, кахексия, энтерит, железодефицитная анемия, кандидоз полости рта, инфильтративный туберкулез легких и периферических лимфоузлов, гиповолемический шок III степени умер в реанимационном отделении на 11 сутки пребывания в стационаре.

Длительность пребывания в стационаре составила от 2 до 59 дней, в среднем 18 дней.

Таким образом, анализируя полученные данные, можно заключить о том, что:

1. Тяжесть течения болезни у исследуемых больных была обусловлена ВИЧ-инфекцией, в то время как туберкулезный процесс явился той оппортунистической инфекцией, которая способствовала ухудшению состояния пациентов, а также послужила одной из причин смерти пациента.
2. ВИЧ-инфекция способствовала как прогрессированию латентной туберкулезной инфекции с развитием активной формы болезни, так и рецидиву заболевания у пациентов, ранее прошедших курс лечения.
3. На фоне выраженных изменений со стороны системы кроветворения у больных отмечались случаи сочетанного развития туберкулеза и других СПИД-индикаторных заболеваний (пневмоцистная пневмония, токсоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция), что способствовало прогрессии иммуносупрессии.
4. На поздних стадиях ВИЧ-инфекции развитие туберкулезного процесса становится молниеносным, причем прием противовирусной терапии не замедлил развитие процесса.
5. Отказ от получения антиретровирусной терапии, алкоголизм, наркомания усугубляют тяжесть течения ВИЧ-инфекции, а также ускоряют развитие туберкулезного воспаления.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Быкова В.М. Организация работы по выявлению ВИЧ/СПИД. – Хэлтон, 2005. – С. 5-12
2. Запорожан В.М. ВИЧ-инфекция и СПИД. – Здоровье, 2004. – С.54-59
3. Покровский В., Ермак Т., Беляева В. ВИЧ-инфекция. Клиника, диагностика и лечение. – ГЭОТАР Медицина, 2004. – С. 367-368
4. Покровский В.В. Клинические рекомендации. – ГЭОТАР Медицина, 2005. – С.52-76

УДК 616.45.001.5:616.37:616.631.11-092.9

ИССЛЕДОВАНИЯ ОДНОСТОРОННЕЙ АДРЕНАЛКТОМИИ И СЕЛЕКТИВНОЙ ДЕПОРТАЛИЗАЦИИ КРОВОТОКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ТЕЧЕНИЕ ДИТИЗОНОВОГО ДИАБЕТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Куликова А. Б., Ерыкалова С. Г., Нечаева Д. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра общей хирургии*

Научные руководители: д.м.н., проф. Винник Ю. С., к.м.н., асс. Овчинникова В. П.

Сахарный диабет представляет собой серьезную медико-социальную проблему, что обусловлено его высокой распространенностью, сохраняющейся тенденцией к росту числа больных, хроническим течением, определяющим кумулятивный характер заболевания, высокой инвалидизацией больных и необходимостью создания системы специализированной помощи. По данным экспертов ВОЗ в 2010 году согласно прогнозам на нашей планете будут жить около 215 млн человек, страдающих этим заболеванием.

Основной задачей в лечении сахарного диабета 2 и 1 типа является достижение оптимальной компенсации нарушений метаболизма, в первую очередь – углеводного обмена. В настоящее время твердо установлено, что чем ближе гликемия у больного к нормальному уровню, тем менее вероятно развитие поздних осложнений диабета.

Традиционные методы заместительной терапии сахарного диабета не всегда дают желаемые результаты, а при развитии поздних и гнойных осложнений, когда включаются многочисленные «патологические круги», оказываются малоэффективными, что обусловлено трудностями создания индивидуальной физиологической концентрации экзогенного инсулина, развитием инсулинорезистентности, липодистрофии, аллергических реакций.

Установлено, что патологическое действие контринсулярных гормонов при сахарном диабете ускоряет декомпенсацию заболевания и развитие сосудистых осложнений. При недостатке инсулина гипергликемия и повышение уровня ГКС приводят к выраженным катаболическим процессам в организме, усиливая гипергликемию и гиперкетонемию за счет действия на печень и жировую ткань. Поэтому, на наш взгляд, представляют несомненный интерес методы коррекции метаболизма при сахарном диабете, направленные на снижение эффектов контринсулярных гормонов.

Цель исследования: изучение влияния селективной депортализации кровотока поджелудочной железы (СДКПЖ) и девитализации надпочечника (ДН) на течение дитизонного диабета в эксперименте.

Задачи исследования:

1. Воспроизведение оптимальной, патогенетически обоснованной модели экспериментального сахарного диабета.
2. Изучение влияния девитализации надпочечника и селективной депортализации кровотока поджелудочной железы на показатели углеводного и липидного обмена у интактных животных.
3. Изучение влияния девитализации надпочечника и селективной депортализации кровотока поджелудочной железы на течение экспериментального сахарного диабета тяжелой степени.

Материалы и методы: возникновение и течение экспериментального СД оценивали по общему состоянию животных (поведение, аппетит, масса тела), показателям углеводного, липидного обмена, уровню глюкокортикоидов. Изучали морфологические изменения в поджелудочной железе, почках, надпочечниках, печени.

Исследуемые параметры определяли до операции, через 48 часов после нее, далее 1 раз в 7 суток в течение всего времени наблюдения. Максимальный срок наблюдения за животными 1 серии составил 1 месяц, за животными 2 серии – 2 месяца, за животными 3 серии – 1 месяц.

Моделирование сахарного диабета осуществляли путем введения дитизона в дозе 75 мг/кг в наружную яремную вену. После создания модели животным 3 серии, спустя 4 – 5 недель производили левостороннюю ДН и селективную СДКПЖ по оригинальной методике.

Во 2 серии левостороннюю ДН и СДКПЖ выполняли у интактных животных.

Результаты исследования: в 1 серии опытов из 10 животных 1 кролик умер от интоксикации, у 1 животного введение дитизона не вызвало изменения в поведении, содержание сахара крови было нормальным. У 8 кроликов был вызван экспериментальный сахарный диабет.

Во 2 серии опытов летальность составила 20%.

При этом отмечалось снижение сахара крови в течение первой недели до 75% от исходного уровня у животных с ДН. У кроликов с СДКПЖ сахар крови снижался до 85% от исходного уровня в аналогичные временные интервалы. Максимальное снижение уровня кортизола крови у животных с ДН, достигающее в среднем 53% от исходного уровня наблюдалось к 3-7 суткам после операции, затем его уровень постепенно повышался, достигал в среднем 86% от исходного уровня и оставался на этих цифрах до конца наблюдения.

У кроликов с СДКПЖ достоверно значимых различий уровня кортизола после операции выявлено не было.

В 3 серии изучено влияние ДН и СДКПЖ на течение экспериментального СД тяжелой степени. Летальность в серии составила 40%. Один кролик погиб от остановки дыхания во время операции, 1 кролик умер от явлений перитонита на 4 сутки после операции. Двое животных умерли в течение первых 7 суток после операции от интоксикации.

У выживших животных сахар крови снижался к 7-10 суткам, в среднем на 45,5% от исходной гликемии и оставался на этих цифрах до окончания времени наблюдений.

Снижение кортизола крови достигало 52% от исходного уровня к 14 суткам наблюдения, оставаясь на этих цифрах до конца времени наблюдения.

Таким образом, ДН и СДКПЖ оказывает влияние углеводный обмен у интактных животных, что связано с уменьшением контринсулярного действия ГКС, удлинением времени действия эндогенного инсулина и глюкагона на их рецепторы при шунтировании венозной крови от поджелудочной железы в системный кровоток, минуя печень.

ДН и СДКПЖ у животных с тяжелым СД приводит к снижению гипергликемии, лучшей выживаемости, относительной компенсации СД без применения инсулина.

Результаты исследования подтверждают принципиальную возможность коррекции метаболизма при СД путем воздействия на систему контринсулярных гормонов. Развитие малоинвазивных и безопасных, по сравнению с открытыми операциями, методов рентгенинтервенционной хирургии создает перспективу улучшения результатов лечения сахарного диабета.

УДК 616.36 – 002 : 576.858 – 036 – 036.2

АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А У ВЗРОСЛЫХ

Курбатов Е. Г., Сазонов А. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО*

Научные руководители: к.м.н., асс. Кузьмина Т. Ю., асс. Тихонова Ю. С.

Актуальность проблемы. Несмотря на то, что спектр вирусов, вызывающих гепатит, увеличился благодаря открытию новых вирусов, вирусный гепатит А и сегодня представляет серьезную проблему здравоохранения в виду его повсеместного распространения, особенно у взрослого населения. За последние пять лет в Российской Федерации существенных изменений в динамике заболеваемости вирусным гепатитом А отмечено не было. Доля вирусного гепатита А в структуре вирусных гепатитов составила: в 2003 году – 58,3%, в 2004 году – 63,8%, в 2005 году – 66,9%, в 2006 – 55,0%, в 2007 году – 50,0% (краевой показатель за последние 2 года соответствовал – 38-42%). В Красноярском крае абсолютное число заболевших регистрировалось: в 2005 году – 278, 2006 году – 95, 2007 году – 144, 2008 году – 115 случаев. При этом, следует отметить, что произошло перемещение максимальных возрастных показателей на более старшие возрастные группы (17- 40 лет – 78-94%).

Цель исследования.

1. Выявить эпидемиологические особенности острого вирусного гепатита А у взрослых;
2. Проанализировать особенности клинических проявлений при остром вирусном гепатите А у взрослых.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 18 больных острым вирусным гепатитом А, поступивших на стационарное лечение в инфекционное отделение МУЗ ГКБ №6 г. Красноярска. Все больные имели желтуху, различной степени выраженности, что позволило думать о вирусном гепатите. Среди них 11 женщин и 7 мужчин; в возрасте

16 - 20 лет - 4 человека; 21 - 30 лет - 8 человек; 31 - 40 лет - 5 человек; старше 40 лет - 1 человек. Всем больным проводили осмотр с оценкой степени выраженности желтухи, гепатоспленомегалии, кожных проявлений, уточняли эпидемиологический анамнез. Кроме того, проводили общеклинические исследования, биохимические (печеночные пробы), УЗИ органов брюшной полости и при необходимости другие исследования (ФГДС, рентгенологические, радиоизотопное исследование печени).

Подтверждали гепатит А результатами специфической маркерной диагностики (методом ИФА, обнаружением IgM HVA).

Результаты, обсуждения. При анализе возрастной структуры заболеваемости просматривается закономерность ее перемещения в более старшие возрастные группы. Так, наибольшее число больных наблюдали среди пациентов в возрасте от 21 до 40 лет - 66,7% случаев, кроме того, регистрировали больных старше 40 лет в 5,5%, в то время как среди молодых заболевание выявляли в 22,2% случаев. Обращает внимание тот факт, что 14% от всех работающих - работники дошкольных учреждений и преподаватели ВУЗов и техникумов, т.е. те, кто постоянно контактирует с "группой риска" по ВГА - детьми и молодыми людьми, а в одном случае члены семьи заразились от подростка.

Известно, что для гепатита А характерна сезонность: август, сентябрь, февраль, март. Среди наблюдаемых нами пациентов заболевание регистрировали в июле-сентябре-10 человек, ноябре-январе-8 человек. Фактор передачи инфекции ВГА служат фекалии больного, которые содержат (107-109) вируса, в крови (104-105), а инфицирующая доза составляет (10-4/г). Фекально-оральный механизм передачи реализовался через инфицированные фрукты, овощи, воду, грязные руки. В летне-осенний период связывали с употреблением в пищу урожая с местных садовых участков и огородов, а также при купании в местных открытых водоемах - местах общепринятого городского населением отдыха; в этот период регистрировалась семейная вспышка (первым заболел подросток, затем мама и бабушка). В осенне - зимний период заболевание связывали с фруктами (бананы, хурма, яблоки, виноград и др.), привезенными из эндемичных по ВГА регионов. Все пациенты указывали на употребление в пищу немытых фруктов и овощей, несоблюдение санитарно-эпидемических правил приема пищи (грязные руки).

Для вирусного гепатита А характерно острое течение заболевания; инкубационный период от 7 до 45 дней; продромальный от 3 до 6 дней, который характеризуется гриппоподобным, астено-вегетативным, диспепсическим или смешанным вариантами. Желтушный период (2-3 недели) определяет степень тяжести заболевания по выраженности желтухи, цитолиза, наличию осложнений, обычно заканчивается выздоровлением. У детей основными клиническими проявлениями является преимущественно легкая степень тяжести течения ВГА, выздоровление без угрозы хронизации.

Среди наблюдаемых нами пациентов продромальный период составил (3-5 дней) и протекал в большинстве случаев по смешанному типу, в 20% случаев наблюдали слабость, недомогание, снижение аппетита, тошноту, рвоту; в 76,5% повышение температуры ($38,5 \pm 1,5$)°C; все больные в продромальном периоде предъявляли жалобы на тяжесть в правом подреберье; в 6% на артралгии (не характерные для ВГА). Увеличение печени наблюдали у всех пациентов. В биохимическом анализе крови повышение активности aminотрансфераз (АлАТ, АсАТ) в 3-4 нормы, в моче - уробилинурия (2+ - 4+).

Период разгара характеризовался появлением и нарастанием желтухи кожи и слизистых. Характерно для ВГА, что с появлением желтухи самочувствие больного улучшается, купируются все симптомы продромы. Однако, среди наших пациентов лихорадка сохранялась до $37,8 \pm 0,5$ °C в течение 4-6 дней желтушного периода; слабость, боли и тяжесть в правом подреберье, тошнота и рвота до ($5,0 \pm 1,0$) дней. Выраженность желтухи характеризовалась от легкого до интенсивного окрашивания лимонного или шафранового цвета. У 2 больных - слабовыраженная желтуха, у 12 - умеренная и у 3 - интенсивная. Гепатомегалия в 100%, спленомегалия в 15% случаев. В гемограмме выявляли лейкопению - ($4,7 \pm 0,8$) $\times 10^9$ /л, лимфоцитоз - ($32,5 \pm 4,5$)% (характерные для вирусных инфекций); однако, наблюдали ускорение СОЭ до ($24,0 \pm 8,0$) мм/час. При биохимических исследованиях: гипербилирубинемия в 66,6% составила ($146,9 \pm 39,6$) мкмоль/л, в 11,2% - ($58,6 \pm 9,6$) мкмоль/л, в 22,2% - ($293,2 \pm 34,3$) мкмоль/л; повышение активности АлАТ, АсАТ в 5-8 раз и показателя тимоловой пробы ($18,8 \pm 9,5$) ед.; щелочной фосфатазы (до $546,9 \pm 124,8$, усл.ед.). Коэффициент де Ритиса был меньше 1. Все эти обследования определили тяжесть заболевания. Степень тяжести: легкая - 11,2%, средняя - 66,6%, тяжелая 22,2% случаев. Среди больных с тяжелым течением заболевания были больные старше 28 лет. Кроме того, в 50% случаев выявляли признаки холестаза. Клинически значимый холестаз определяли у 27,7% больных (нарастание желтухи, выраженный кожный зуд, темная моча, ахолия стула) у мужчины в 30,1%, у женщин в 69,9% случаев. Возраст больных с холестазом: до 20 лет - 15%, 21-40 лет - 67,3%, старше 40 лет - 17,7%. Следует отметить, что у 55,6% больных имелась сопутствующая патология со стороны желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей (хронические гастриты, холангиты, дискинезии желче-выводящих путей), у 16,6% хроническая алкогольная интоксикация и наркотическая зависимость. Во всех случаях проводилась маркерная диагностика, которая подтвердила вирусный гепатит А наличием IgM HVA. В двух случаях определили маркеры хронического вирусного гепатита С и В.

Выводы. Особенности современного гепатита А является увеличение удельного веса взрослых, в том числе лиц старших возрастных групп. Заражение происходит характерным для кишечных инфекций, в том числе и гепатита А механизмом, реализуется через пищевой, водный и контактно-бытовой пути, посредством употребления немытых фруктов, как привозных, так и местных.

В клинической картине в преджелтушном периоде регистрируется не характерный для ВГА артралгический синдром; в разгаре заболевания нередкое продолжение лихорадки и нарастание интоксикации на фоне желтухи; преобладание среднетяжелых и тяжелых форм заболевания, выраженный цитолиз, наличие холестатического синдрома; в гемограмме выявляется ускорение СОЭ, вероятно связанное с наличием хронических заболеваний. Вовлечение в эпидемиологический процесс более старшей возрастной группы населения связано, вероятно, с ослаблением и утратой напряженности специфического иммунитета, в том числе на фоне хронических заболеваний, алкогольной интоксикации, наркотической зависимости.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Львов Д.К. Вирусные гепатиты от А до ...//Медицинский курьер.-2001.-№7-8.-С.9-11.
2. Мухин Н.А. Практическая гепатология.-Москва, 2004.-294с.
3. Онищенко Г.Г. Ситуация и меры борьбы с вирусными гепатитами в Российской Федерации//Медицинская кафедра.-№2.-2002.-С.18-22.

4. Тихонова Е.П. Клинико-эпидемиологические особенности острого вирусного гепатита А у взрослых //Е.П. Тихонова, Т.С. Стеганцева, Э.А. Юрьева и др./Материалы итоговой научно-практической конференции (1-3 октября 2002г) "Вопросы сохранения и развития здоровья населения Севера и Сибири".- Красноярск, 2002.-С. 203-204.
5. Шаханина И.Л., Осипова Л.А. Экономические потери от инфекционной заболеваемости в России: величины и тенденции// Эпидемиология и инфекционные болезни.-2005.-№4.-С.19-25.
6. Ющук Н.Д. Генетическая изменчивость вирусов гепатита человека и ее клиническое значение//Н.Д. Ющук, О.О. Знойко, Е.А. Дудина и др. – Москва, Гарнитур «Таймс».- 2007.-139с.

УДК: 616.12 – 009.72 + 616 - 085

ТЕРАПИЯ ИЗОСОРБИДА 5-МОНОНИТРАТОМ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С НИЗКИМ КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ

Курбатов Е. Г.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра внутренних болезней педиатрического факультета

Научный руководитель: к.м.н., доц. Давыдов Е. Л.

Изосорбид 5-моонитрат (И-5-МН) является представителем последнего поколения органических нитратов, так называемых «моонитратов». Исторически интерес к моонитратам появился при изучении метаболизма изосорбида динитрата (ИДН), когда было установлено, что от 50 до 90% перорально принятого ИДН проходит через печень, где происходит его расщепление на изосорбид 2-моонитрат и И-5-МН, который и определяет пролонгированный эффект ИДН. В начале 70-х годов Р. Needleman и соавт. показали, что вазодилатирующее действие нитратов четко зависит от наличия SH-групп, а развитие толерантности к вазодилатирующему действию нитратов происходит при истощении запасов внутриклеточных SH-групп. Группы исследователей, возглавляемые J. Diamond и F. Murad, в середине и конце 70-х годов показали, что нитраты активируют аденилатциклазу, и приводит к накоплению внутри клетки циклического гуанозин-3'-5'-монофосфата (цГМФ). Наконец, L. Ignaro и соавт. в начале 80-х годов объединили эти концепции и предположили, что SH-группы реагируют с конечным продуктом метаболизма нитратов NO, с образованием S-нитрозотиолов, которые затем активно активируют гуанилатциклазу [2].

Роль нитратов при стенокардии может быть определена следующим образом: они улучшают качество жизни больных, недорого, относительно безопасны [1]. По мнению многих авторов [3, 5, 6] при регулярном приеме И-5-МН (в отличие от ИДН) толерантность не возникает или формируется в существенно меньшей степени.

Цель работы: изучение влияния терапии в течении более чем 2 месяцев И-5-МН (препарата «Моносан 40») на толерантность к физической нагрузке, частоту приступов стенокардии и качество жизни у больных с нестабильной стенокардией.

В исследование включались больные ИБС с нестабильной стенокардией. Всего было включено в исследование 30 человек - 9 мужчин и 21 женщина. Возраст больных включенных в исследование от 48 до 78 лет, средний возраст – 64 года. В анамнезе верифицированный в прошлом инфаркт миокарда был у 14 больных, артериальная гипертония была выявлена у 27 человек, сахарный диабет 2 типа у 1 больного, цереброваскулярная болезнь – у 1 человека. Осложнения ИБС отмечались: нарушения ритма у 10 больных, сердечная недостаточность была выявлена у всех 30 больных, из них по NYHA I ФК – у 1 больного, II ФК – у 2 больных, III ФК – у 22 больных и IV ФК – у 6 больных.

Длительность заболевания ИБС составила от 2 до 40 лет, средняя длительность заболевания составила 11,3 года. Период нестабильности перед началом приема И-5-МН составлял в среднем 20,4 дня. Нитраты короткого действия (нитроглицерин в виде таблеток, спрея) принимали 29 человек из 30 больных, включенных в исследование. Количество принимаемых нитратов составляло до лечения от 3 до 45 раз в неделю, что составляло в среднем 3,5 раза в день. Из 30 больных, постоянно принимали нитраты пролонгированного действия только 16 больных, из них ИДН (кардикет 40 мг) – 11 человек, И-5-МН (моонинкве 50 мг) – 5 больных. Причинами, по которым больные не принимали нитраты пролонгированного действия являлись: 1/ побочные действия; 2/ отсутствие эффекта; 3/ невозможность применения препаратов из-за отсутствия финансов.

Все больные получали И-5-МН в виде препарата «Моносан 40», который был любезно предоставлен для исследования компанией «PRO. MED. CS Praha». В комплексной терапии вместе с препаратом «Моносан 40» во время лечения больных в стационаре (в течении 16-20 дней) больные также получали, диуретики, ингибиторы АПФ, дезагреганты, антагонисты кальция, бета-адреноблокаторы, антикоагулянты прямого и непрямого действия.

Всем больным при поступлении, при выписке и через 2 месяца после выписки из стационара проводился осмотр, физикальное обследование, измерение АД, снятие ЭКГ и определение толерантности к физической нагрузке с помощью шестиминутной шаговой пробы, двойного произведения (Аронов Д.М., Николаева Л.Ф., 1985) [4], а также выполнение психологического тестирования с использованием анкеты «Качество жизни больных ИБС» (ВКНЦ, 1982) и теста тревожности Спилбергера - Ю.Л. Ханина (1978) [7]. Результаты исследований вносились в индивидуальные протоколы и в электронную базу данных. Статистическая обработка материала (описательная статистика, критерий Фишера при определении различий непараметрических данных, t-критерий Стьюдента при определении различий количественных показателей, критерий Вилкоксона при определении скорости прироста или убыли показателей) производилась с помощью компьютерного пакета «STATISTICA»..

Критериями эффективности препарата «Моносан 40» служили динамика числа ангинозных приступов стенокардии и количества потребляемых нитратов короткого действия в неделю (в сутки), повышение толерантности к физическим нагрузкам, увеличение средней нагрузки для начала ангинозного приступа. Во время лечения начальная доза препарата «Моносан 40» составляла 40 мг/сут (1 т утром); у 16 больных с нестабильной стенокардией доза была повышена до 80 мг/сут (1 т утром и вечером), а у 1 больного суточная доза препарата достигала 120 мг в сутки. Средняя нагрузка для начала ангинозных болей при поступлении составляли: ходьба до 100 метров, подъем на 1 этаж, возникновение ангинозного приступа в покое. При выписке средняя нагрузка для начала ангинозных болей составляла более 150 метров при ходьбе, через 2 месяца после выписки она составляла более 250 метров при ходьбе.

Частота использования нитратов короткого действия при поступлении 4 раза за сутки, при выписки больные не пользовались нитратами короткого действия. Через 2 месяца только 7 из 21 больных использовали нитраты короткого действия, при этом частота их использования составляла в среднем 0,6 раза в сутки. По данным ЭКГ у 23 из 30 больных за время лечения отмечена положительная динамика, уменьшились признаки ишемии (снизилась депрессия сегмента ST).

Во время лечения отмечена тенденция к снижению частоты ангинозных приступов (табл. 1).

Таблица 1

Динамика показателей толерантности к физической нагрузке на фоне приема препарата «Моносан-40»

Показатель	При поступлении (n=30)	При выписке (n=27)	Через 2 месяца (n=22)
Частота приема нитратов (за сутки)	3,52±0,32	0,35±0,11 ($p^{1,2}<0,001$)	0,82±0,17 ($p^{1,3}<0,001$)
Частота ангинозных приступов за сутки	4,53±0,31	0,93±0,13 ($p^{1,2}<0,001$)	1,30±0,17 ($p^{1,3}<0,001$)
Частота ангинозных приступов ночью	1,15±0,14	0,08±0,05 ($p^{1,2}<0,001$)	0,18±0,06 ($p^{1,3}<0,001$)
САД мм рт. ст.	157,17±4,66	134,44±2,26 ($p^{1,2}<0,001$)	136,59±2,29 ($p^{1,3}<0,001$)
ДАД мм рт. ст.	89,33±2,42	82,22±2,09 ($p^{1,2}<0,05$)	78,86±0,87 ($p^{1,3}<0,001$)
ЧСС (уд/мин)	70,53±2,68	69,19±1,73 ($p^{1,2}>0,05$)	69,91±2,22 ($p^{1,3}>0,05$)
Маршевая проба (м)	188,37±14,28	229,19±17,07 ($p^{1,2}<0,05$)	243,09±23,26 ($p^{1,3}<0,05$)
Двойное произведение (ед)	111,76±5,16	92,77±2,49 ($p^{1,2}<0,01$)	80,68±7,42 ($p^{1,3}<0,001$)

Примечание: $p^{1,2}<0,05$ – сравнение показателей при поступлении и при выписке;

$p^{1,3}<0,05$ – сравнение показателей при поступлении и через 2 месяца после выписки из стационара

При поступлении среднее количество приступов за сутки составляло 4,5, то при выписке количество ангинозных приступов достоверно снизилось более чем на 90%, через 2 месяца количество ангинозных было достоверно ниже на 77% по сравнению с количеством ангинозных приступов при поступлении. Отмечено положительное влияние препарата на уровень АД, как систолического, так и диастолического. Так систолическое АД достоверно снизилось при выписке на 14% по сравнению с исходным, а через 2 месяца отмечалось достоверное снижение на 13% от исходного, а диастолическое давление под действием «Моносана-40» достоверно снижалось на 8 и 12% соответственно. По данным шестиминутной маршевой пробы можно говорить о положительном влиянии препарата на толерантность к физической нагрузке, отмечено достоверное увеличение выполнения нагрузки на 22 и 29% от исходного уровня.

Как видно, препарат оказывает положительное влияние на качество жизни пациентов. Так, при выписке отмечено улучшение данного показателя на 17% по сравнению с исходным, а через 2 месяца отмечено достоверное улучшение качества жизни (на 47%) по сравнению показателем до начала приема «Моносана-40».

Также положительное влияние препарата было подтверждено показателями психологического тестирования пациентов (табл. 2).

Таблица 2

Динамика показателей тестов Спилбергера-Ханина и качества жизни на фоне приема препарата «Моносан-40»

Показатель	При поступлении (n=29)	При выписке (n=27)	Через 2 месяца (n=22)
ЛТ	34,72±1,06	31,77±1,1 ($p^{1,2}<0,05$)	32,27±1,37 ($p^{1,3}>0,05$)
СТ	53,93±1,31	50,65±1,5 ($p^{1,2}>0,05$)	48,05±1,92 ($p^{1,3}<0,01$)
КЖ	-13,21±0,99	-11,19±0,85 ($p^{1,2}>0,05$)	-7,0±0,93 ($p^{1,3}<0,001$)

Примечание: СТ - шкала ситуативной тревоги; ЛТ – шкала личностной тревоги;

КЖ – качество жизни больных;

$p^{1,2}<0,05$ – сравнение показателей при поступлении и при выписке;

$p^{1,3}<0,05$ – сравнение показателей при поступлении и через 2 месяца после выписки из стационара

Также отмечено улучшение показателей психологического профиля больных, по данным теста Спилбергера-Ханина, отмечено улучшение показателей ситуативной тревоги при выписке на 9%, а через 2 месяца на 7% от исходного показателя, а показатели личностной тревоги снизились на 6 и 11% соответственно от исходного. Это актуально, т.к. по мнению Е.И. Чазова основными причинами роста заболеваемости ИБС и смертности от нее населения в России является состояние хронического стресса, в котором пребывает популяция, что не связано с изменением уровня холестерина и состава липидов крови [5].

Больные хорошо переносили лечение «Моносаном-40», не было отмечено ни отмены препарата, ни коррекции дозы.

Таким образом, можно говорить о том, что препарат «Моносан 40» является эффективным антиангинальным препаратом в лечении больных ИБС с нестабильной стенокардией. При его применении отмечены следующие положительные

гемодинамические эффекты: снижение частоты ангинозных приступов, как в дневное, так и в ночное время; увеличение нагрузки до начала ангинозных болей; уменьшение количества потребляемых нитратов короткого действия; отмечено снижение ЭКГ признаков ишемии миокарда; повышение толерантности к физической нагрузке, по данным, 6-ти минутной маршевой пробы. Отмечается улучшение качества жизни больных и их социализация, снижение показателей характеризующих тревожные проявления состояния личности. При применении препарата «Моносан-40» не отмечено значимого развития толерантности к препарату.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Болдуева С.А. Стенокардия. М.; СПб: Диля, 2001. –160 с.
2. Захаров В.Н. Ишемическая болезнь сердца. Классификация. Факторы риска. Профилактика. Лечение. Реабилитация. – М.: Наука, 2001 – 285 с.
3. Метелица В.И. Справочник по клинической фармакологии сердечно-сосудистых лекарственных средств – 2-е изд., перераб., дополн.-е. – М., БИ-НОМ; СПб.: Невский диалект., 2002 – 926 с.
4. Николаева Л.Ф., Аронов Д.М. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца. – М.; Медицина, 1988. – 286 с.
5. Оганов Р.Г., Поздняков Ю.М., Волков В.С. Ишемическая болезнь сердца. Руководство для врачей. – М.: Изд. Дом Синергия, 2002 – 308 с.
6. Панченко Е.П., Лагута П.С., Добровольский А.Б. и др. Влияние 2-недельной терапии изосорбида 5-мононитратом на толерантность к физической нагрузке и частоту приступов стенокардии у больных со стабильной стенокардией // Кардиология. – 1997. - №12. – С.10 - 14.
7. Реабилитация больных с сердечно-сосудистыми нарушениями (специальные рекомендации для развивающихся стран): Доклад экспертов ВОЗ. Пер. с англ. – Женева: Медицина, 1995. – 164 с.

УДК 615.1:614.2

ТРУДОУСТРОЙСТВО. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ТРУДОУСТРОЙСТВА И АДАПТАЦИИ МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ В АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Лаврова А. А.

*Уральская государственная медицинская академия
Кафедра управления и экономики фармации*

Научный руководитель: ст. преп. Маслова В. А.

В настоящее время на фармацевтическом рынке труда происходит существенная ротация специалистов, в том числе и молодых специалистов, только что закончивших вуз. В данных условиях все более актуальными становятся проблемы трудоустройства выпускников вузов, наиболее полной реализации их профессионального и личностного потенциала. Как показывает практика, наиболее высокий процент принятых на работу молодых специалистов покидает организацию в течение первых трех месяцев. Основными причинами ухода являются несовпадение реальных условий с ожиданиями кандидата и сложности интеграции в коллектив, или адаптации [1,2,4].

Адаптация – процесс активного приспособления человека к изменившейся среде с помощью различных социальных средств. Процедуры адаптации персонала призваны облегчить вхождение новых сотрудников в жизнь организации. Как правило, новичок в организации сталкивается с большим количеством трудностей, основная масса которых порождается именно отсутствием информации. Специалисты в области кадрового консалтинга рекомендуют внедрять документально оформленную программу адаптации, где четко прописываются все этапы введения нового сотрудника в новую должность. Наличие подобных программ – большой плюс, как для компании, так и для молодого специалиста, работающего в ней [3,5,6].

В работе были поставлены следующие задачи:

1. Оценить перспективы трудоустройства выпускников, получивших специальность 060108 (040500) «Фармация».
2. Выделить особенности молодых специалистов, их положительные и отрицательные стороны для работодателя (по сравнению с сотрудниками, имеющими опыт работы).
3. Рассмотреть особенности и этапы проведения адаптации молодых специалистов в аптечной организации.
4. Выделить основные способы адаптации молодых специалистов в аптечных организациях г. Екатеринбурга.
5. Рассмотреть существующие программы адаптации молодых специалистов в аптечных организациях г. Екатеринбурга.
6. Внести предложения по улучшению программ адаптации молодых специалистов в аптечной организации.

Цель исследования - изучение методов и программ адаптации молодых специалистов, применяемых в аптечных организациях, на примере ООО «Лекарства Урала» и ООО «АС-бюро» (сеть аптек «Живика»).

Исследование проводилось методами непосредственного наблюдения за процессами адаптации молодых специалистов в аптечной организации, путем проведения анкетирования среди сотрудников аптечных сетей (для исследования успешности уже завершившейся адаптации), анализа существующих программ адаптации, а также сравнение данных программ в организациях ООО «Лекарства Урала» и ООО «АС-бюро».

В ходе исследования были изучены программы адаптации ООО «Лекарства Урала» и ООО «АС-бюро» (сеть аптек «Живика»), этапы данных программ являются в той или иной степени отражением теоретически выделяемых этапов адаптации нового сотрудника в организации – оценка уровня подготовленности новичка, ориентация, собственно адаптация, функционирование.

Этапами программы адаптации ООО «Лекарства Урала» являются: прежде всего, выяснение квалификации нового сотрудника, наличия/отсутствия опыта работы (этим вопросом занимается отдел персонала). Далее молодой специалист направляется на стажировку, которая проходит в течение 2-4 недель. Стажеры направляются в свои аптеки или в «образцовые аптеки» сети, в конце стажировки проводится аттестация. Условия стажировки схожи с условиями, создаваемыми для студентов-практикантов. В вопросы аттестации входят как теоретические знания, видоизмененные к конкретным условиям работы и ассортименту препаратов, так и ситуационные задачи. После успешного завершения стажировки сотрудник приступает к работе уже непосредственно на рабочем месте, но во время работы находится под присмотром и контролем кого-либо из опытных сотрудников аптеки. Данный этап продолжается несколько месяцев (обычно 3 месяца). По окончании этого срока проводится т.н. «День новичка» – праздник-посвящение, после которого новичок «перестает быть новичком».

Документами, входящими в адаптационную программу, являются адаптационное пособие и стандарт обслуживания сети. Адаптационное пособие – содержит информацию об истории, структуре компании, информацию о структуре отдельной аптеки, правила и требования, которые необходимо соблюдать сотрудникам аптеки, режим и правила работы сотрудников офиса, суть стандарта обслуживания, выдержки из положения об обучении сотрудников, информацию о корпоративной культуре (праздники, газеты, конкурсы, корпоративные ценности), выдержки из декларации сети раздел, посвященный благотворительности; называет миссию и цель компании; обозначает поступки и поведение, поощряемое и запрещаемое в компании; Стандарт обслуживания сети – содержит перечисление индивидуальных качеств, необходимых для работника первого стола компании, дресс-код для сотрудника аптеки, оптики, салона ортопедии, правила поведения в аптеке, запрограммированные фразы (приветствие, прощание, вопрос о дисконтной карте и т.п.), которые необходимо использовать при обслуживании клиентов, а также примеры обязательных для использования речевых модулей для допродаж и перевода на более дорогую продукцию.

Этапы программы адаптации ООО «АС-бюро» (сеть аптек «Живика») также начинаются процесса принятия молодого специалиста на работу. В процессе приема на работу проводится демонстрация слайда с краткой информацией о компании, знакомство молодого специалиста с аптекой, в которой ему предстоит работать, знакомство с руководителем аптеки, проводится собеседование, тестирование, заполнение резюме с сотрудником службы персонала; а также ознакомление с корпоративным сайтом. После этого молодой специалист также отправляется на стажировку, которая обычно продолжается 1-3 недели: сначала на рабочем месте – чтобы понять специфику работы данной аптеки и данного коллектива; и затем в учебном классе – где проходит обучение работе с программным обеспечением, внутренними документами, стандартами обслуживания, сообщение основных сведений о продуктах (не лекарственные препараты), продающихся в аптечной организации.

Далее до года молодой специалист одновременно работает в своей аптеке и обучается в офисе компании. На рабочем месте молодой специалист знакомится с ассортиментом аптеки, сначала работая на более простых участках; также используется наставничество как метод обучения и адаптации – наставником становится руководитель аптеки, но в отдельных случаях он может делегировать полномочия своим сотрудникам. Обучение в офисе проводится ежемесячно по двум направлениям: технология продаж и стандарт обслуживания; а также фармакология отдельных групп лекарственных препаратов и нелекарственный ассортимент. Форма обучения – тематические тренинги, домашние задания, в конце обучения проводится аттестация (тестирование). По окончании данного этапа специалист принимает решение, стоит ли ему далее работать в организации; в случае успешной адаптации он работает в компании дальше. В то же время работодатель решает, когда молодой специалист сможет работать абсолютно самостоятельно.

Результаты исследования и их обсуждение. Наиболее желательные критерии для работодателя при приеме молодого специалиста на работу: отсутствие большинства стереотипов, присущих работникам со стажем, наличие ярко выраженного стремления к новаторству, исследовательский интерес, социальная и профессиональная мобильность, готовность к постоянному самообучению (привычка с вуза), умеренность требований к размеру вознаграждения, выносливость и здоровье. Данные критерии являются первостепенными для выявления с помощью стандартных методов отбора при приеме на работу, также как и некоторые особенности личности (в глазах работодателя даже способные компенсировать недостаток некоторых фундаментальных знаний) – порядочность, терпение и выдержка, внимательность, ответственность, коммуникабельность, доброжелательность и т.п.

После приема на работу первостепенной задачей становится скорейшая адаптация молодого специалиста в организации. В этом помогает разработанная и документированная программа адаптации. Подобные программы присутствуют далеко не у всех аптечных организаций, что может в некоторой степени объяснить значительную ротацию кадров на фармацевтическом рынке труда. Возможны следующие методы и способы адаптации молодых сотрудников в аптечных организациях: методы отбора на должность (анкетирование, тестирование, собеседование), проведение стажировки, наставничество, использование документов, облегчающих адаптацию (различные пособия по адаптации, документированные корпоративные стандарты, программа ориентации (общая и индивидуальная), персональный план адаптации), различные поощрения и поддержка молодых специалистов, мероприятия корпоративной культуры, создание советов молодых специалистов (их творческое участие в деятельности компании).

В результате проведенных исследований и анализа предложено дополнить адаптационную программу ООО «Лекарства Урала». Для более успешной и скорейшей адаптации молодых специалистов целесообразно будет проводить отбор перспективных молодых специалистов, начиная со старших курсов вуза, помогать им приобретать необходимый опыт работы путем подработки, проводить стажировку молодых специалистов в той же аптеке, в которой они и далее будут работать, разработать централизованную систему обучения в офисе компании (создать обучающий класс), разработать и внедрить документированную систему наставничества с прикреплением к каждому стажеру опытного наставника, а также систему поощрений для наставников; разработать систему поощрений для молодых специалистов, например, в виде единовременного пособия. Будут полезными некоторые дополнения адаптационного пособия – частичное смягчение излишне жестких формулировок, более четкая подача информации об оплате труда сотрудников аптек (необходимо уточнить оплату труда стажеров, т.к. пособие для них и предназначено).

В результате проведенных исследований и анализа предложено дополнить адаптационную программу ООО «АС-бюро». Для более успешной и скорейшей адаптации молодых специалистов целесообразно будет составить в печатном виде адаптационное пособие, включающее информацию о компании, ее цели, миссии, структуре, правилах поведения, корпоративной культуре сети и т.п., внедрить в постоянную практику составление личных планов адаптации/стажировки, разработать документированный стандарт обслуживания клиентов компании с применением стандартных речевых конструкций и модулей, разработать систему поощрений, как для наставников, так и для молодых специалистов (помимо оплаты интернатуры). Рекомендуются также создание Совета молодых специалистов.

Выводы:

1. На фармацевтическом рынке труда наблюдается значительный спрос на работников по специальности 060108 (040500) «Фармация», как непосредственно на должность провизора, так и на смежные должности.
2. Произведена оценка положительных и отрицательных особенностей молодых специалистов, определены критерии наиболее желательные для работодателя.

3. В процессе адаптации молодого специалиста в аптечной организации целесообразно выделить следующие этапы: оценка уровня подготовленности новичка, ориентация, собственно адаптация, функционирование.
4. Адаптация молодых сотрудников в аптечных организациях проводится следующими методами: методы отбора на должность (анкетирование, тестирование, собеседование), проведение стажировки, наставничество, пособия по адаптации, документированные корпоративные стандарты, составление программы ориентации (общей и индивидуальной), составление персонального плана адаптации, различные поощрения и поддержка молодых специалистов, мероприятия корпоративной культуры (День новичка).
5. Далеко не каждая аптечная организация выделяет время и средства на проведение организованной адаптации молодых специалистов. Наличие проработанной программы адаптации является прогрессивным признаком для организации. Проанализированы программы адаптации аптечных сетей организаций ООО «Лекарства Урала» и ООО «АС-бюро» (сеть аптек «Живика»).
6. Сделан ряд предложений, позволяющих при внедрении в практику улучшить функционирование системы адаптации молодых специалистов в данных аптечных организациях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Екомасов В.В. Проблемы трудоустройства молодых специалистов [Текст] // Екомасов В.В. «Кадры предприятия», 2003
2. Судаков В. Н. Адаптация личности: философско-социологический анализ [Текст] / В.Н. Судаков. – Дис. ... канд. филос. наук: 09.00.01.- Свердловск, 1983. – С. 20-21
3. Хромова Ю. Л. Адаптация новых сотрудников [Текст] / Ю.Л. Хромова. – г. Алма-Аты: Кадрово-рекрутинговое агентство «Диалог-экспресс», 2006 г.
4. http://www.generis.ru/presscentre/articles_reviews/article114
5. http://www.pharmpersonal.ru/articles/kak_zakryt_kadrovuiu_bresh_106_8.html?rubric=49#vac
6. http://www.pharmpersonal.ru/articles/novichok_v_apteke_kak_gramotno_organizovat_protseess_adaptatsii_17138.html?rubric=49#vac

УДК 616.127-076-089-092.9

ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА ОПТИЧЕСКОЙ БИОПСИИ ДЛЯ МОНИТОРИНГА СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА В КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ)

Лалетин Д. И., Юдин Г. В., Фролова О. В., Фурсов М. А., Тагаева Г. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра биохимии с курсами медицинской, фармацевтической и токсикологической химии, экспериментальной и медицинской физики
Сибирский федеральный университет
НИИ молекулярной медицины и патофизиологии*

**Научные руководители: к.ф.-м.н., доц. Салмин Н. В., к.м.н. Фурсов А. А., д.м.н. проф. Салмина А. Б.,
к.м.н. Малиновская Н. А., н.с. Шалаханова О. М.**

Ведущее место в заболеваемости занимает патология сердечно-сосудистой системы. Ежегодно увеличивается количество больных, страдающих от врожденных и приобретенных пороков сердца, нарушения кровообращения по веночному сосудам сердца. С ростом заболеваемости увеличивается и число оперативных вмешательств, проходящих в условиях остановленного сердца и с использованием аппарата искусственного кровообращения. Такие операции длительны, сложны, но, несмотря на соблюдение всех условий, не всегда приводят к желаемому результату – полной компенсации порока или нарушения коронарного кровообращения и восстановлению сократительной функции миокарда. Исходя из количества операций, а это порядка 300 тыс. в мире и 25 тыс. в России, решение данной проблемы имеет огромное значение.

Еще в 40-е годы XX века, К.Бернар, работая над трансплантацией сердца, отметил, что через 20 мин сердце собаки без коронарного кровообращения теряет сократительную функцию, этот феномен получил название «каменное сердце». Избежать потери сократительной функции пытались при использовании гипотермии, кардиоплегических растворов во время операции, но получали лишь незначительную отсрочку [3].

Остановка миокарда предполагает отсутствие кровотока по веночным артериям сердца, а, значит, и нарушение поступления кислорода к миокарду. В данных условиях, мышца сердца переходит с аэробного метаболизма на анаэробный. При этом происходит истощение запасов макроэргов, накопление лактата, снижение рН внутриклеточной, а, затем внеклеточной среды продуктами анаэробного окисления. Все это приводит к аноксической деполаризации мембран, выходу большого количества Ca^{++} из депо в цитозоль клеток, распространению кальциевой «волны повреждения» между клетками, нарушению взаимодействия сократительных белков и белков цитоскелета, результатом чего является потеря миокардом сократительной функции. На ранних этапах развития все эти процессы обратимы, но до сих пор не разработан метод, отображающий метаболические сдвиги в остановленном миокарде во время проведения операции. Существуют термометрия, рН-метрия, импедансометрия, но и они не отражают картину обменных процессов в мышце сердца либо являются технически сложными и не оправдывают себя в клинической ситуации [2].

Оптическая биопсия – это совокупность методов, основанных на регистрации клеточных и субклеточных (молекулярных) процессов с помощью спектрального анализа и интерферометрии [4,5]. Исследования специалистов, занимающихся биологической физикой, показали, что многие вещества органической природы в клетках животных люминесцируют при облучении ультрафиолетовым излучением и по изменению интенсивности флуоресценции можно опосредованно судить об изменении их количества в клетках заданного участка органа.

Целью нашего исследования было обосновать применение метода оптической биопсии для интраоперационного контроля метаболических процессов, происходящих в миокарде, в условиях фармакоологической кардиopleгии. Работа выполнена на беспородных лабораторных крысах ($n=120$). Все эксперименты проводились с соблюдением Хельсинской декларации о работе с лабораторными животными. Под общим обезболиванием производилась стернотомия, после пережатия магистральных сосудов остановка сердца производилась с помощью кардиopleгического раствора НИИПК №1. Индуцированная флуоресценция миокарда регистрировалась с помощью лазерного спектрофлуориметра с оптоволоконной доставкой излучения, разработанного на кафедре экспериментальной и медицинской физики ФГОУ ВПО СФУ.

При записи полного спектра флуоресценции остановленного сердца в течение 10 и 40 минут нами были отмечены наиболее статичные точки 400 и 480 нм и наиболее динамичные – 450 и 500 нм.

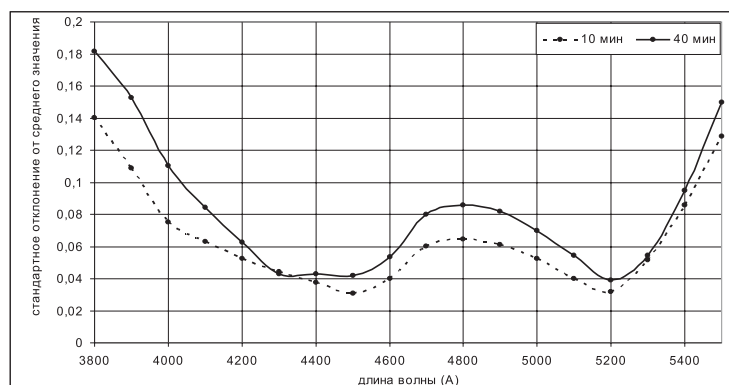


Рис. 1. – Спектр относительного отклонения интенсивности флуоресценции остановленного сердца

Наибольшему же изменению подлежала область 470-520 нм (Рис.1), что соответствует пику флуоресценции свободного НАД(Ф)Н (Табл.1) Таким образом, кинетика флуоресценции позволяет отразить изменение пула свободного НАД(Ф)Н в условиях тотальной ишемии миокарда.

При дальнейшем изучении кинетики флуоресценции мы предположили, что окисленные формы гемопротеидов (оксигемоглобин и оксимиоглобин) могут оказывать существенное влияние на изменение флуоресценции, что объясняется их спектральными характеристиками.

Таблица 1

Основные клеточные флуорофоры

Клеточный компонент	lfl(nm)
Триптофан	350
Коллаген	395
Эластин	410
НАД(Ф)Н	470
НАД+ (свободный)	420
Флавины	520
Гемоглобин, миоглобин	420
Аскорбиновая кислота (витамин С)	430
Никотинамид (витамин РР)	460
Витамин D	470
Витамин А	490

Гипотеза подтвердилась замиранием кинетической кривой флуоресценции в начальном этапе ишемии (Рис. 2, 3) в группе, где в качестве компонента кардиоплегического раствора использовался дитионид натрия ($p < 0,05$) и соответствующим изменением на кривых флуоресценции для гемопротеидов при использовании чистого кровяного кардиоплегического раствора, раствора с добавлением дитионида натрия и СО для разных групп животных ($p < 0,05$). Таким образом, в первые 500 сек., в условиях тотальной ишемии происходит диффузия связанного кислорода в дыхательную цепь, и весь метаболизм миокарда поддерживается, в основном, за счет аэробного окисления.

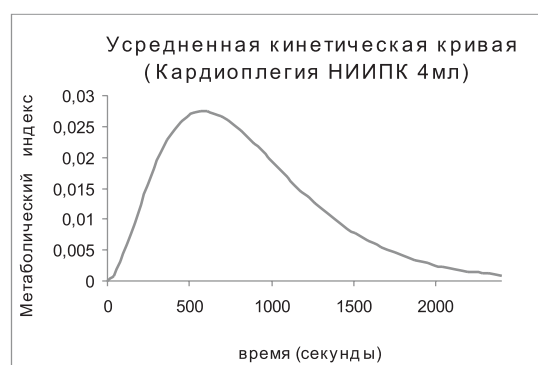


Рис. 2. – Кинетика метаболитического индекса миокарда при кардиоплегии раствором НИИПК

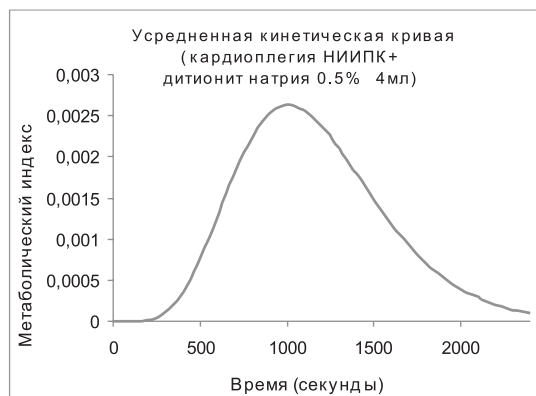


Рис. 3. – Кинетика метаболического индекса миокарда при кардиоплегии раствором НИИПК в присутствии дифтонита натрия

Выводы:

1. Методом оптической биопсии возможно зарегистрировать изменения пула восстановленных пиридиновых нуклеотидов в кардиомиоцитах.
2. В первые 500 сек тотальной ишемии миоглобин осуществляет высвобождение в цитозоль связанного кислорода, необходимого для реализации аэробного метаболизма.
3. Полученные данные могут лечь в основу создания новых кардиопротективных стратегий, направленных на максимальное восстановление сократительной способности миокарда после хирургического лечения заболевания в условиях остановленного сердца.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Серов А.И., «Гистохимия инфаркта миокарда», Москва, «Медицина», 1967г
2. Лисовский В.А. Люминесцентный анализ в гастроэнтерологии / В.А. Лисовский, В.В. Щедрунов, И.Я. Барский. – Л.: Наука, 1984. – С. 3-27.
3. Физиология и патофизиология сердца в 2 т., под ред. Н Сперелакиса, Москва, «Медицина», 1988г
4. Stefan Andersson-Engels, Claes af Klinteberg, K Svanberg and S Svanberg In vivo fluorescence imaging for tissue diagnostics. Phys. Med. Biol. 42 (1997) 815–824.
5. Brookner C.K., Agrawal A., Trujillo E.V., Mitchell M.F // Photochem. and Photobiol. –1997. – Vol. 6, №65. – P. 1020-1025.

УДК 543: 615.276:547.869

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТАБИЛЬНОСТИ ГЛАЗНЫХ КАПЕЛЬ ПРОИЗВОДСТВА МАРОККО С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА ТОНКОСЛОЙНОЙ ХРОМАТОГРАФИИ

Лахрауи Ю.

Пермская государственная фармацевтическая академия
Кафедра фармацевтической химии ФДПО и ФЗО

Научные руководители: к.ф.н., ст. преп. Киселева А. А., к.ф.н., ст. преп. Березина Е. С.

Глазные капли состава:

Сульфацил-натрия 10 г

Тетраметилтионина тригидрата 0,01 г

Фенилмеркурия нитрата основного 0,0033 г

Воды очищенной до 100 мл

выпускаются Марокко и широко используются в медицинской практике в качестве высокоэффективного средства при стафилококковых, гонококковых и колибациллярных инфекциях.

Анализ таких капель представляет определенную трудность, так как они окрашены.

Решение этой задачи возможно при комплексном использовании химических и современных физико-химических методов.

Ранее нами были разработаны методики качественного и количественного анализа этих глазных капель [2].

В состав глазных капель входит сульфацил-натрия (п-аминобензол-сульфанилацетамид – натрия), как производное сульфаниламидного препарата является реакционноспособным соединением, легко подвергается воздействию внешней среды - окислению, гидролизу и т.п., вследствие чего могут образовываться продукты разложения, главным из которых является стрептоцид. Наличие этой примеси может сказываться на фармакологической активности глазных капель. Поэтому при изучении стабильности этих глазных капель обнаружение примесей в них является актуальной задачей.

В доступной нам литературе мы не встретили описания определения чистоты глазных капель указанного состава.

Метод тонкослойной хроматографии нашел применение при определении доброкачественности глазных капель сульфацил-натрия Российского производства [1].

Цель настоящей работы – изучение поведения сульфацил-натрия в глазных каплях производства Марокко в тонком слое сорбента и разработка методики определения чистоты этих глазных капель в процессе хранения при различных условиях.

Для изучения стабильности глазных капель сульфацил-натрия их хранили при комнатной температуре и в холодильнике при температуре от +3 до +4 0С в течение 30 дней.

Критерием стабильности были: pH раствора, качественный и количественный анализ сульфацила-натрия и метилевого синего. Дополнительно для контроля чистоты использовали метод тонкослойной хроматографии.

Экспериментальная часть.

В качестве примесей в глазных каплях может присутствовать примесь стрептоцида, которая является промежуточным продуктом синтеза или разложения лекарственного вещества. При выборе оптимальных условий хроматографирования сульфацила-натрия и примеси стрептоцида варьировались факторы, влияющие на разделение и обнаружение веществ, подвижная фаза (ПФ), детектирование веществ на хроматограмме. Исследования проводили на пластинках «Силуфол УФ - 254» и «Сорбфил ПТСХ – А – УФ». В качестве подвижной фазы использовали системы растворителей, применяемые в анализе лекарственных веществ [3]. Пригодной считали ПФ, в которой на сорбенте достигалось разделение сульфацила-натрия и стрептоцида при оптимальных величинах R_f . Хроматографирование проводили с помощью общепринятых операций, характерных для метода тонкослойной хроматографии. В исследованиях использовали 2 серии глазных капель.

Результаты исследования глазных капель на чистоту методом тонкослойной хроматографии

№ п/п	Состав подвижной фазы	Сорбент	R_f (n = 3)	
			Сульфацил-натрия	Стрептоцид
1	бутанол-1:этанол : вода:25% раствор аммиака (50 : 25 : 25 : 10)	Силуфол	0,47	0,59
		Сорбфил	0,45	0,56
2	изопропанол : 25% раствор аммиака : вода (20 : 1 : 2)	Силуфол	0,46	0,58
3	этанол : 25% раствор аммиака (8 : 2)	Силуфол	0,34	0,49
4	н-бутанол : хлороформ :25% раствор аммиака (70 : 40 : 5)	Силуфол	0,45	0,51
5	изопропанол:хлороформ:25% раствор аммиака (48 : 50 : 2)	Силуфол	0,43	0,52

Из испытанных ПФ оптимальными являются ПФ №1 и №2, обеспечивающие быстрое разделение сульфацила-натрия и стрептоцида. При выборе этих ПФ нами учитывались доступность и меньшая токсичность растворителей (в сравнении с ПФ 4, 5).

При разработке методики анализа чистоты глазных капель производства Марокко, нами был взят критерий чистоты глазных капель сульфацила-натрия Российского производства [1].

Методика определения примеси стрептоцида в глазных каплях. 10 мкл 4% раствора сульфацила-натрия, приготовленного из 20% раствора глазных капель (раствор 1) и 0,2% раствор стрептоцида (раствор 2) наносят на линию старта пластинки «Силуфол УФ - 254» размером 7,5 × 12,5 и высушивают на воздухе 5 минут. Затем пластинку помещают в смесь растворителей №1 или №2 и хроматографируют восходящим методом. Когда смесь растворителей поднимется на 10 см от линии старта, пластинку вынимают и сушат в сушильном шкафу при температуре 100 – 1050С в течение 10 минут и охлаждают. Детектирование проводили с помощью раствора п-диметиламинобензальдегида. Все исследуемые серии глазных капель содержат примесь стрептоцида не более 0,5%. На хроматограмме образцов, хранившихся при комнатной температуре, обнаружено содержание стрептоцида больше, чем на хроматограмме образцов, хранившихся в холодильнике. Это является свидетельством того, что при хранении глазных капель при комнатной температуре идет разложение сульфацила-натрия, при хранении же в прохладном месте этот процесс замедляется.

Выводы:

1. Определены условия хроматографирования сульфацила-натрия и стрептоцида в глазных каплях производства Марокко.
2. Разработана методика определения примеси стрептоцида в сульфациле-натрия в глазных каплях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. ВФС 42-2974-97. Раствор сульфацила-натрия 20% (глазные капли).
2. Лахрауи Ю., Киселева А.А., Березина Е.С., Анализ глазных капель производства Марокко// Достижения и перспективы в области создания новых лекарственных средств: Материалы Российской научно-практической конференции, посвященной 70-летию ПГФА (27-28 ноября 2007 г., Пермь.) – Пермь, 2007. – С. 191 – 193.
3. Шаршунова М. Тонкослойная хроматография в фармации и клинической биохимии./ М. Шаршунова, В. Шварц, Ч. Михалец// в 2 ч. – М.: Мир, 1980, - 4.2.

РЫНОК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**Лебедева И. С.***Институт экономики и управления в медицине и социальной сфере**Кафедра предпринимательства и права***Научный руководитель: к.э.н., проф. Янова В. В.**

Рынок в здравоохранении включает в себя целую систему взаимосвязанных рынков: рынок медицинских услуг, рынок лекарственных препаратов, рынок труда медицинского персонала, рынок научных разработок, рынок медицинских технологий, рынок медицинского оборудования и техники и др. Уже более 15 лет, с момента перехода к страховой системе финансирования здравоохранения России пытается идти по рыночному пути. Но до сих пор остается множество нерешенных вопросов, касающихся финансирования, регулирования и самого рыночного механизма. Вышеизложенное обуславливает актуальность проблемы.

Целью исследования явилось изучение регулирования и финансирования оказания медицинской помощи населению Российской Федерации на примере Южного Федерального Округа.

Исходя из поставленной цели задачами исследования явилось рассмотрение вопросов касающихся самого понятия «рынок медицинских услуг», государственного регулирования и саморегулирования рынка медицинских услуг, источников финансирования здравоохранения.

Исследовали материал по поступлению средств медицинского страхования, объемам финансирования территориальных программ госгарантий 13 субъектов ЮФО за период 2004-2007 гг. Статистическую обработку данных проводили по стандартным методикам.

Рынок медицинских услуг может быть определен, с одной стороны, как совокупность всех медицинских технологий, изделий медицинской техники, методов организации медицинской деятельности, фармакологических средств, реализуемых в условиях конкурентной экономики, с другой стороны, как совокупность существующих и потенциальных производителей и потребителей медицинских услуг.

Рынок медицинских услуг – это рынок, который удовлетворяет потребности людей в сохранении и улучшении здоровья. Он дает возможность получать и оказывать медицинские услуги, гарантирует их необходимый объем и соответствующий уровень качества. [1]

Идея того, что достаточно перейти к рынку и он сам урегулирует все связи и взаимоотношения в отрасли себя не оправдывает. «Совершенных» рынков, регулируемых только «невидимой рукой», как показывает практика нет. Государственное регулирование не только не лишнее, но и не нарушающее естественный ход рыночной самоорганизации. Роль государства в здравоохранении сводится не просто к работе административного аппарата, а к работе структуры отвечающей за одну из самых важных ценностей – здоровье своего населения.

Практически все экономисты сходятся во мнении, что достичь оптимума в объеме и структуре благ невозможно с помощью рыночного механизма, что именно государство наилучшим образом предоставляет эти блага. Это положение верно по отношению к организации производства и потребления многих услуг здравоохранения. Соотношение общественных благ, в качестве которых выступает значительная часть медицинских услуг, и других, частных благ, во многом определяется состоянием и динамикой общественного здоровья населения.

Огромное влияние на становление рыночных отношений в здравоохранении оказал переход к страховой системе – системе обязательного медицинского страхования (ОМС). Система ОМС, являясь составной частью здравоохранения, коренным образом изменила ситуацию, так как позволила перевести здравоохранение на многоканальное финансирование. Появление внебюджетных источников финансирования системы здравоохранения РФ, среди которых средства обязательного и добровольного медицинского страхования, обеспечило стабильное поступление средств.

Здравоохранение относится к числу тех отраслей, где деятельность государства объективно присутствует в гораздо большей мере, чем в экономике в целом. Причем данное положение верно независимо от того к какой экономической модели относится здравоохранение страны. [3]

Мировой опыт свидетельствует о том, что государство оказывает существенное воздействие на сам процесс оказания медицинской помощи, само оказание и предоставление медицинских услуг пациентам. Государственное регулирование этих отношений направлено на достижение соответствующих целей: создание условий для удовлетворения потребности населения в качественных медицинских услугах, обеспечение устойчивых темпов развития отрасли, поддержка научного потенциала отрасли, регулирование структурных изменений в здравоохранении, вызванных уровнем заболеваемости населения, демографической ситуацией в стране.

Считается, что для нормального существования системы, без ее расширения, необходимо ежегодное отчисление не менее 6% ВВП. В различных странах этот показатель варьируется, например в США он составляет 15%, в Канаде 10%, в Норвегии 20%, в России пока около 5%. К сожалению, приходится констатировать, что средства, выделяемые в составе государственного бюджета на нужды здравоохранения, остаются крайне незначительными как в абсолютном, так и в относительном выражении.

Общий объем средств, направленных на нужды здравоохранения Российской Федерации из всех источников финансирования, составил в 2005 году 1127,4 млрд. руб. и увеличился по сравнению с 2000 годом в 2,8 раза. Источники финансирования делятся на три категории: средства государственного управления, негосударственные средства, средства остального мира. На долю государственного управления приходится 698,1 млрд. руб., то есть 62%, на долю негосударственного - 428,2 млрд. руб. или 37%. Средства остального мира составляют незначительную часть, менее 1% (1,1 млрд. руб.). [2]

Очевидно, что только государственного финансирования недостаточно, необходимы и другие поступления. Новыми источниками финансирования стали средства, получаемые в результате работы рыночного механизма – платные медицинские услуги, система добровольного медицинского страхования (ДМС).

Однако система частного здравоохранения пока не способна обеспечить общедоступный минимум медицинской помощи и значительно затрудняет господдержку групп населения, неспособных оплатить стоимость лечения.

За период с 2004 по 2008 гг. в Краснодарском крае соотношение численности обслуживаемого населения и застрахованного по ОМС остается стабильным. Численность обслуживаемого населения превышает численность застрахованного по ОМС в среднем на 9,8%. Незначительно увеличилась за весь период доля застрахованных – с 88,0% до 90,0%.

В целом по ЮФО это достаточно высокий показатель. Минимален разрыв в Республике Калмыкия, Республике Северная Осетия-Алания, Республике Дагестан и Республике Ингушетия, где процент застрахованных по ОМС составляет на конец периода 100,0%, 98,2%, 97,3% и 96,7% соответственно.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что только около 10% граждан края получают медицинскую помощь не в рамках программы госгарантий. Однако нужно учитывать и тот факт, что среди застрахованных по ОМС граждан есть те, которые прибегают к альтернативе – платным медицинским услугам и программам ДМС.

Существенное место среди мер госрегулирования медицинской деятельности занимают экономические средства. Это бюджетно-финансовая, денежно-кредитная политика государства, государственные программы.

За пять лет в структуре финансирования Территориальных программ госгарантий (ТПГГ) субъектов ЮФО прослеживается снижение дефицита фактического поступления средств по сравнению с расчетным: на начало периода фактическое поступление меньше на 27% или на 14749088 тыс. руб., на конец периода разрыв значительно меньше – 2 % или 1816629 тыс. руб.

При этом в структуре как расчетного, так и фактического финансирования преобладают средства ОМС на территориальную программу 61% и 50% в 2004 году соответственно и в равных объемах 52% в 2007 году. Доля финансирования за счет муниципального бюджета преобладает в объемах фактического финансирования: 28% к 21% в 2004 году и 24% к 23% на конец периода.

Государственные программы выступают как своего рода инвестиционные программы, рекомендуемые и поддерживаемые экономическими и социальными ресурсами государства, гарантирующие развитие отрасли в заданном направлении.

Пока свободный рынок непригоден для системы здравоохранения. В медицине покупатель не определяет спрос на конкретную услугу, кроме того, сам пациент чаще всего не может следить за качеством получаемой помощи. Кроме того, именно в здравоохранении недостатки рыночных отношений могут оказывать значительно большее негативное влияние на население, чем в других сферах. В настоящее время государственное регулирование проявляющееся посредством финансирования отрасли, установления стандартов оказания помощи и проверки качества медицинской помощи, получаемой населением необходимо.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Медик В.А., Юрьев В.К. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. Ч. III. Экономика и управление здравоохранением. – М.: Медицина, 2003. – 392 с.
2. Стародубов В.И., Флек В.О., Дмитриева Е.Д. Расходы российского здравоохранения // Здравоохранение. – Москва, 2007. - № 4. - С.16-19]
3. Экономика здравоохранения: Учебное пособие / Под ред. А.В. Решетникова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 272 с.

УДК 616-009.2:615.849.19.03

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ХОДЬБЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАЗЕРНОГО ДАЛЬНОМЕРА У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Левицкая О. Д.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра нервных болезней*

Научные руководители: Ляпин А. В., Ондар В. С.

Ходьба - один из важнейших компонентов повседневной жизнедеятельности человека, обеспечивающий его независимость, мобильность. Даже небольшие изменения в тонко настроенной двигательной сфере несут за собой ухудшение качества жизни человека.(5)

Нарушения ходьбы - одно из наиболее частых и тяжелых проявлений неврологических заболеваний, таких как острое нарушение мозгового кровообращения, последствия черепно-мозговой травмы, болезнь Паркинсона и другие. Именно двигательный дефицит является основной причиной инвалидизации больных с неврологической патологией. Ходьба - сложный автоматизированный ритмический акт, который обеспечивается согласованными во времени и пространстве сокращениями различных групп мышц, продуцирующие целенаправленные координированные содружественные движения. (2,3) Для оценки состояния пациента необходимо знать насколько изменяется длина, скорость шага.

Существуют различные методики определения временных параметров ходьбы, например видеоанализ движений, контактные и импрегнационные методы анализа ходьбы и другие.(1,6) Но некоторые из них дорогостоящие, другие позволяют оценить только длину шага без учета скорости. В связи с этим остается актуальным создание методики, позволяющей оценить скорость, длину шага и одновременно с этим методика должна быть удобна в использовании.

Целью нашего исследования является апробация нового метода диагностики ходьбы в медицинской практике.

На первом этапе исследование производилась оценка ходьбы клинически здоровых лиц.

Исследования проводились на базе программно-аппаратного комплекса «лазерного анализатора параметров ходьбы» с использованием лазерного дальномера «Leica Disto Plus», который был разработан на кафедре физики Красноярского педагогического университета и предназначен для измерения длины шага человека на расстоянии от 0,4 до 25 метров, инструментальной погрешностью 3 мм . Испытуемый приближается или удаляется по прямой от дальномера. На подошвах укреплены микровыключатели, контактирующие с дорожкой, по которой движется исследуемый. При постановке обеих ног на дорожку контакты замыкаются, и закрепленный на испытуемом генератор начинает излучать короткие световые импульсы в инфракрасном диапазоне. При отрыве одной из ног излучение импульса прекращается. Световые импульсы принимаются фотоприемником, закрепленным на дальномере. Электронное устройство включает дальномер для измерения расстояния до исследуемого. Полученное значение передается по интерфейсу Bluetooth в персональный компьютер, программное обеспечение которого позволяет записывать все данные в электронные таблицы Excel. Длина шага определяется как разность расстояний между последовательными положениями испытуемого. Результаты можно визуализировать, построив график.

В нормативную группу вошли клинически здоровые лица, не имеющие в анамнезе неврологических заболеваний. Испытуемым проводился неврологический осмотр, компьютерная стабилометрия (4).

Было обследовано 22 человека без неврологических нарушений. Нами были выявлены показатели времени шага, длины, скорости, вычислили вариабельность длины и скорости шага.

Статистический анализ осуществляли в пакете прикладных программ Statistica 6,0 (StatSoft Inc., 2003).

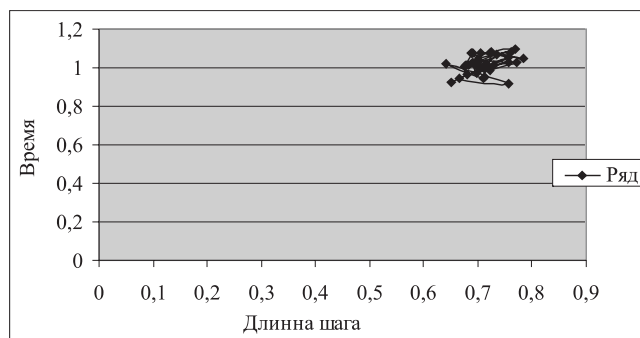


Рис. 1. – График скорости шага

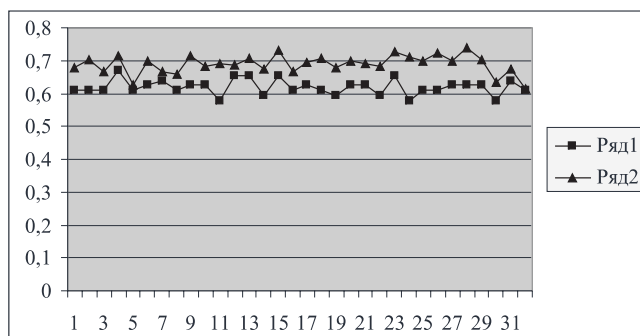


Рис. 2. – График длины шага

В результате апробации аппарата лазерного дальномера «Leica Disto Plus» мы выявили закономерности длины и времени шага у здоровых людей. Средние показатели длины, времени и скорости шага, а также введенные нами показатели коэффициентов вариабельности длины и времени шага (КВВрШ и КВДлШ) у группы обследованных были проверены нами на нормальность распределения при помощи Шапиро-Вилка. Все показатели кроме длины шага имели нормальное распределение ($p > 0.05$). По нашему мнению, средняя длина шага имеет значительную зависимость от антропометрических показателей, вследствие чего не имеет нормальное распределение.

Результаты статистической обработки представлены в таблице 1 и на рис.3.

Таблица 1

	M $\pm$ SD	Дисперсия(D)	SE
ср дл ш	0,716 $\pm$ 0,115	0,013	0,024
ср вр ш	0,672 $\pm$ 0,031	0,001	0,006
ср ск	1,035 $\pm$ 0,166	0,028	0,035
квш	0,220 $\pm$ 0,040	0,002	0,008
кввш	0,236 $\pm$ 0,044	0,002	0,009

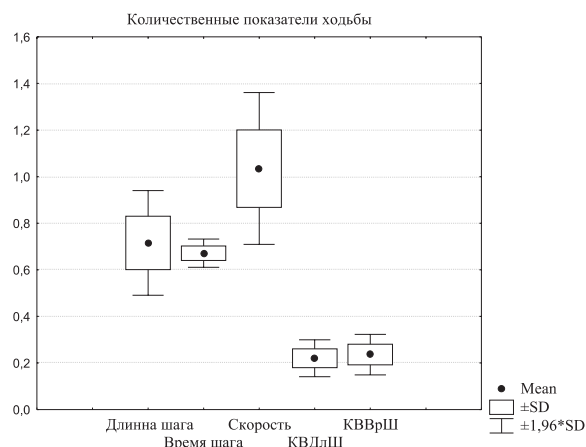


Рис. 3. – Диаграмма количественных показателей ходьбы

В результате проведенного исследования полученные характеристики ходьбы (длина и скорость шага) соответствуют общепринятым нормативам. Таким образом, можно сделать вывод, что данная методика может использоваться для оценки ходьбы у здоровых и, в перспективе, имеющих двигательные нарушения, лиц.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Батышева, Т. Т. Современные технологии диагностики и реабилитации в неврологии и ортопедии / Т. Т. Батышева, Д. В. Скворцов, А. И. Туруханов – М.: Медика, 2005. – 256 с.
2. Витензон, А. С. От естественного к искусственному управлению локомоцией / А. С. Витензон, К. А. Петрушанская – М.: ПБОЮЛ Т. М. Андреева, 2003. – 448 с.
3. Гурфинкль, В. С. Регуляция позы человека / В. С. Гурфинкль, Я. М. Коц, М. Л. Шик. – М.: Наука, 1965. – С. 7-63.
4. Скворцов, Д. В. Диагностика двигательной патологии инструментальными методами: анализ походки, стабилометрия / Д. В. Скворцов – М.: Т. М. Андреева, 2007. – 640 с.
5. Шток, В. Н. Экстрапирамидные расстройства: Руководство по диагностике и лечению / Под ред. В. Н. Штока, И. А. Ивановой-Смоленской, О. С. Левина. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – С 473-493.
6. Baker, R. Gait analysis methods in rehabilitation / R. Baker // J. Neuroeng. Rehabil. – 2006. – V. 3. – №4. – p. 10.

УДК 61: 336

ОСОБЕННОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ФИНАНСОВЫМИ РЕСУРСАМИ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Лемешко Н. С.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра экономики и менеджмента

Научный руководитель: к.с.н., ст. преподаватель Жихарева Л. В.

Эффективность деятельности организации, в том числе учреждений отрасли здравоохранения, во многом определяется оптимальным использованием ее ресурсов и, в первую очередь, финансовых, что обуславливает актуальность исследования.

Цель исследования: изучение особенностей управления финансовыми ресурсами лечебно-профилактического учреждения по материалам муниципального учреждения здравоохранения «Городская больница № 6» (МУЗ ГБ № 6).

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

- провести анализ современных литературных источников по вопросам эффективного использования ресурсов в учреждениях различного типа;
- дать технико-экономическую характеристику МУЗ ГБ № 6;
- проанализировать состав и структуру финансирования учреждения и структуру расходов финансовых ресурсов;
- разработать систему качества управления финансовыми ресурсами МУЗ ГБ № 6.

В работе использованы такие материалы, как учетная политика учреждения, сметы доходов и расходов за 2006 – 2008 гг. и штатное расписание на 1 января 2008 г.

Методы исследования: анализ рядов динамики, сравнительный и графический анализ.

Для реализации поставленной цели разработана концепция исследования, включающая четыре последовательных этапа.

Так на первом этапе проведен анализ современных литературных источников по вопросам эффективного использования ресурсов в организациях и учреждениях различного типа. Выявлено, что экономические реформы России, вызвавшие обновление всех сфер жизни и становление новых рыночных отношений, требуют коренного пересмотра методов и организации управления ресурсами в учреждениях отрасли здравоохранения, что еще раз подчеркивает актуальность настоящего исследования.

В рамках второго этапа, согласно концепции исследования, дана технико-экономическая характеристика МУЗ ГБ № 6.

Установлено, что целью создания учреждения является сохранение здоровья обслуживания населения путем проведения лечебно-профилактических мероприятий в связи с этим учреждение выполняет множество функций:

- повышение качества и объемов профилактической помощи взрослого и детского населения;
- своевременное и качественное обследование, лечение, реабилитацию больных в амбулаторных условиях на дому;
- развитие материально-технической базы учреждения;
- своевременное внедрение достижений научно-технического прогресса, повышение квалификации медицинских работников;
- готовность к работе в экстренных условиях;
- гигиеническое воспитание населения, пропаганду здорового образа жизни;
- разработку программ мероприятий по профилактике наиболее часто встречающихся заболеваний;
- комплексное профилактическое обследование и лечение диспансеризируемых больных в амбулаторно-стационарных условиях;
- квалификационную врачебно-трудовую экспертизу;
- медицинскую социальную и профессиональную реабилитацию в амбулаторно-стационарных условиях и т.д.

Изучение и анализ структуры учреждения позволил установить, что МУЗ ГБ № 6 включает в себя:

- ✓ стационар;
- ✓ поликлинику, включая в себя женскую консультацию;
- ✓ детскую поликлинику;
- ✓ центр профессиональных заболеваний.

При этом организационная структура учреждения представлена линейно-функциональной департаментализацией.

Управление учреждением осуществляет руководитель – главный врач учреждения. Он действует на основе контракта, устава учреждения и действующего законодательства. Руководитель выполняет постоянные функции и обязанности по организации и обеспечению деятельности учреждения.

Источниками формирования имущества и финансовых ресурсов учреждения являются:

- бюджетные и внебюджетные средства;

- имущество, переданное ему учредителем;
- доход, полученный от разрешенной учреждению самостоятельной хозяйственной деятельности;
- амортизационные отчисления;
- кредиты банков и других кредиторов;
- безвозмездные или благотворительные взносы, пожертвования организаций, учреждений, граждан;
- иные источники в соответствии с законодательством РФ.

Третий этап исследования предполагал мониторинг ресурсообеспечения учреждения за 2006 – 2008 гг., включающий анализ состава и структуры финансирования МУЗ ГБ № 6 и структуры расходов финансовых ресурсов.

В процессе анализа выявлено, что объемы средств, поступивших из всех источников, увеличиваются на всем протяжении исследуемого периода и к 2008 году достиг максимального значения, при этом удельный вес средств обязательного медицинского страхования и бюджета в среднем за 2006 – 2008 гг. составил 70 % и 20 % соответственно. Средства от платных медицинских услуг составляют в среднем за 3 года лишь 10 % от общего объема поступающих ресурсов, однако имеют устойчивую тенденцию к росту. В связи с этим на данном этапе исследования проведен всесторонний анализ структуры расходования дополнительных финансовых средств МУЗ ГБ № 6.

Постатейный анализ финансирования расходов за счет средств от оказания платных медицинских услуг показал, что в 2006 году наибольший удельный вес занимают такие статьи как: заработная плата (38,7%), услуги по содержанию имущества (19,5%) и увеличение стоимости материальных запасов (12,4%); наименьший – прочие выплаты (0,1%), прочие расходы (1,2%) и услуги связи (1,4%). В 2007 и в 2008 годах наибольший удельный вес занимают: заработная плата (38,7% и 39,0%, соответственно в 2007 и в 2008 годах), услуги по содержанию имущества (16,8% и 17,7%, в 2007 и в 2008 годах) и прочие услуги (13,5% и 13,6%, в 2007 и в 2008 годах); наименьший – прочие выплаты (0,1% и 0,2%, соответственно в 2007 и в 2008 годах), прочие расходы (1,2%) и услуги связи (1,4%).

В среднем за исследуемый период наибольший удельный вес занимают: заработная плата (38,8%), услуги по содержанию имущества (18,0%) и прочие услуги (12,6%); наименьший – прочие выплаты (0,2%), прочие расходы (1,2%) и услуги связи (1,4%).

В 2006 году расходы учреждения составили 3737392 рубля, а в 2008 году – 4287099 рублей. Это говорит о том, что в 2008 году по сравнению с 2006 годом расходы учреждения выросли на 15%, при этом наблюдается значительное увеличение по статьям: прочие выплаты (в 1,8 раза) и прочие услуги (в 1,5 раза).

Так же в рамках третьего этапа выявлены и изучены основные источники финансирования оплаты труда работников учреждения: средства обязательного медицинского страхования, бюджета и незначительная часть финансирования приходится на хозрасчет. Анализ средств, расходуемых учреждением на оплату труда, проведен отдельно по каждому структурному подразделению.

Анализ показал, что всего ставок по поликлинике 346,75. В основном поликлиника финансируется за счет средств обязательного медицинского страхования (299,00). Значительно меньшая часть средств предоставляется из бюджета (34,25), наименьшая часть средств за счет хозрасчета (13,5). Наибольшее количество ставок в терапевтическом отделении (75,5), в физиотерапевтическом отделении (35,0) и в клинично-диагностической лаборатории (31,0); наименьшее – в отделении специалистов терапевтического профиля (1,0) и в кабинете врача-гастроэнтеролога (1,25).

Финансирование детской поликлиники происходит за счет средств обязательного медицинского страхования (115,25) и за счет средств бюджета (33,25). Самое наибольшее количество ставок в педиатрическом отделении (44,5) и в отделении организации медицинской помощи детям и подросткам в общеобразовательных учреждениях (24,5), наименьшее – в кабинете врача-эндокринолога и врача кардиолога (0,5).

Стационар финансируется за счет средств обязательного медицинского страхования (217,25) и за счет средств бюджета (2,75). Самое наибольшее количество ставок в гастроэнтерологическом отделении (37,0) и в гинекологическом отделении (31,25), наименьшее – общестационарный персонал (1,5).

На все остальные подразделения, в том числе на центр восстановительной медицины и реабилитации, женскую консультацию и центр профессиональной патологии, приходится 229 ставок, из них 114 ставок финансируется за счет средств обязательного медицинского страхования и 115 ставок – за счет средств бюджета.

Проведя анализ штатного расписания МУЗ «Городская больница №6» можно сказать, что в целом по учреждению количество ставок составило 944,25, из них 745,5 ставок финансируется за счет средств обязательного медицинского страхования, 185,25 – за счет средств бюджета и 13,5 ставок – хозрасчет.

На заключительном этапе исследования будет разработана система качества управления финансовыми ресурсами МУЗ ГБ № 6. Результаты исследования будут предложены администрации учреждения для внедрения в практику.

УДК 617.572:616-056.4

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ПЛЕЧЕВЫХ КОСТЕЙ МУЖЧИН РАЗНЫХ СОМАТОТИПОВ

Лемке П. А., Малыгин К. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра гистологии и эмбриологии, судебной медицины ИПО*

Научные руководители: д.м.н., доц. Медведева Н. Н., асс. Аверченко И. В.

Актуальность. В настоящее время разработано много способов идентификации личности по различным костям скелета, а также вопросы определения половой и возрастной принадлежности по длинным трубчатым костям скелета человека. На основе статистического анализа результатов измерений большого количества одноименных костей составлены диагностические таблицы, которые широко применяются на практике. Однако, данные способы не всегда удовлетворяют требованиям судебно-медицинской экспертизы. Наряду с определением роста, пола и возраста человека важное значение имеет определение его конституциональной принадлежности. Знание индивидуально-типологических особенностей организма позволяет расширить круг диагностических признаков личности. В последнее время в литературе значительное место занимают работы о взаимосвязи конституционального развития человека с функциональными системами

организма. На основании этих работ развивается новое направление в судебно-медицинской идентификации личности, задачей которого «... является определение размерных характеристик тела и его отдельных сегментов по костным останкам, включая и фрагменты костей» [3,4].

В связи с актуальностью и слабой изученностью проблемы, цель нашей работы - выявить конституциональные особенности строения длинных трубчатых костей верхней конечности мужчин первого периода зрелого возраста города Красноярска.

Задачи исследования

1. Провести антропометрические измерения трупов мужчин первого периода зрелого возраста и определить их соматотип.
2. Используя остеоскопическую методику В. Н. Федосовой (1986), определить степень рельефности плечевых костей [6].
3. Осуществить остеометрические измерения плечевых костей по остеометрической методике В. П. Алексеева (1966) [1].
4. Выявить формы поперечного сечения диафизов плечевых костей.
5. Установить взаимосвязь между остеоскопическими, остеометрическими параметрами, формой поперечного сечения диафизов изучаемых костей и соматотипом мужчин.

Материал и методы исследования. Объектами исследования явились длинные трубчатые кости (плечевые) от 47 трупов мужчин первого периода зрелого возраста (21-35 лет). Соматотипирование трупов проводилось по методике В.В.Бунака-В.П. Чтецова [2, 7]. Трубчатые кости от трупов с установленным соматотипом подготовлены путем мацерации в проточной воде. Все кости исследованы по остеоскопической программе В.Н. Федосовой (1986) [6], остеометрическое исследование костей проведено по методике В.П. Алексеева (1966) [1]. Для изучения изменчивости формы поперечного сечения диафизов плечевых костей по протяжению, произведены их распилы по всей длине на расстоянии 1 см друг от друга. Далее определялись возможные формы поперечного сечения диафизов плечевых костей. Полученные данные обрабатывались с помощью статистического метода. Выборка проверялась на закон нормального распределения с помощью критериев Колмогорова-Смирнова и Шапиро-Уилсона. В работе использовались методы вариационной статистики, с нахождением средней арифметической (M) и её ошибки (m), среднего квадратичного отклонения (δ). Оценка достоверности результатов проводилась с помощью критерия Стьюдента-Фишера. Данные считались достоверными при 95% пороге вероятности.

Результаты исследования и их обсуждение. Одной из задач проводимого нами исследования по изучению соматотипических особенностей строения трубчатых костей современных мужчин первого периода зрелого возраста г. Красноярска, является выявление зависимости остеоскопических особенностей длинных трубчатых костей верхней конечности мужчин от типа телосложения.

Программа описания развития рельефа длинных трубчатых костей конечностей, разработанная Н.В. Федосовой (1986), включает в себя оценку степени развития рельефности по трехбалльной шкале [6]. В ходе исследования установлено, что при идентификационном исследовании плечевой кости для определения признаков внешности, важно обращать внимание на то, что для представителей грудного типа телосложения характерно слабое развитие всех образований кости с наименьшей выраженностью у них дельтовидной бугристости. Для представителей мускульного соматотипа характерна наибольшая степень развития всех образований кости с наиболее развитыми большим бугорком, медиальным надмышелком и передним краем диафиза кости. У представителей брюшного типа телосложения слабое развитие всех образований, за исключением малого и большого бугорка, гребня малого бугорка, гребня большого бугорка, а плечевые кости представителей неопределенного типа телосложения имеют наименьшую степень развития рельефности всех образований кости в сравнении с представителями других соматотипов и наиболее выраженную дельтовидную бугристость.

При анализе остеометрических параметров костей получены следующие результаты. Наибольшие длиннотные, широтные размеры и окружности имеют плечевые кости мужчин мускульного соматотипа. У лиц неопределенного соматотипа плечевые кости имеют наименьшие значения как длиннотных, широтных параметров, так и окружностей. Между остеометрическими показателями плечевых костей мужчин грудного и брюшного соматотипов различия недостоверны, но имеется тенденция к преобладанию длиннотных и широтных параметров у мужчин брюшного соматотипа в сравнении с представителями грудного типа телосложения, за исключением ширины нижнего эпифиза, имеющего у лиц брюшного соматотипа наименьший размер, что важно для идентификации плечевых костей представителей брюшного и грудного соматотипов. Различия костей у представителей мускульного и грудного соматотипов наиболее выражены в размерных параметрах окружности середины диафиза и окружности головки. Согласно полученным данным, при судебно-медицинской идентификации личности по костным останкам в пользу мускульного типа телосложения могут быть использованы длиннотные, широтные, обхватные показатели и указатель прочности. Они имеют максимальные значения по сравнению с представителями других типов телосложения. Наименьшие значения таких параметров, как ширина верхнего эпифиза, наибольшая ширина середины диафиза, ширина середины диафиза, ширина головчатого возвышения, указатель прочности характерны для лиц грудного типа телосложения. Для представителей брюшного соматотипа характерно максимальное значение указателя поперечного сечения диафиза плечевых костей. Плечевые кости мужчин неопределенного типа телосложения характеризуются наименьшими значениями практически всех остеометрических показателей.

Проводимое нами исследование по изучению конституциональных особенностей длинных трубчатых костей верхней конечности мужчин города Красноярска включает в себя выявление наличия зависимости формы поперечного сечения диафиза плечевых костей от типа телосложения. Мы установили, что выявление конституциональных особенностей формы поперечного сечения диафизов плечевых костей мужчин наиболее целесообразно проводить на уровне середины их диафизов. Далее определялись возможные формы поперечного сечения диафизов данных костей для последующего выявления их взаимосвязи с типом телосложения. В ходе исследования для диафизов плечевой кости нами было выделено три формы сечения. Плечевая кость имеет овальную, округлую и треугольную формы поперечного сечения диафизов (рис. 3).

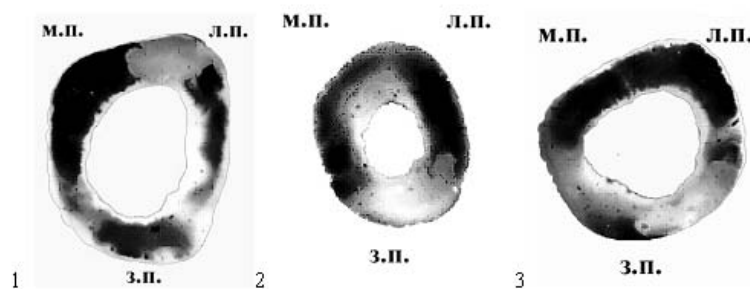


Рис. 3. – Формы поперечного сечения диафизов плечевой кости мужчин (середина диафиза): 1 - овальная форма; 2 - округлая форма; 3 - треугольная форма (м.п. - медиальная поверхность; л.п. - латеральная поверхность, з.п. - задняя поверхность)

В основе выделения форм поперечного сечения плечевой кости лежит выраженность дельтовидной бугристости. Овальная форма имеет относительно ровные медиальную, латеральную и заднюю поверхности, при этом наиболее длинной является латеральная поверхность, а задняя поверхность несколько закруглена. Для округлой формы поперечного сечения характерна сглаженность перехода одной поверхности в другую. В месте перехода задней поверхности в медиальную имеется заметный выступ. В отличие от овальной формы треугольная форма поперечного сечения плечевой кости имеет более длинную и уплощенную медиальную поверхность, задняя закруглена [5].

После изучения форм поперечного сечения диафизов плечевых костей мужчин было выявлено, что у лиц грудного соматотипа частота встречаемости овальной и округлой форм поперечного сечения диафизов плечевых костей примерно одинакова – 40,7% и 44,4% соответственно, а треугольная форма встречается в 14,9% случаев.

У представителей мускульного соматотипа наиболее часто встречается треугольная форма поперечного сечения середины диафиза плечевой кости (55,6%), реже овальная форма (29,6%), и реже всего имеет место округлая форма поперечного сечения середины диафиза (14,8%). Как и у мужчин мускульного типа телосложения, у лиц брюшного соматотипа наиболее часто встречается треугольная форма поперечного сечения середины диафиза (54,6%), но в отличие от них, второе место по встречаемости занимает округлая форма середины диафиза (27,3%) и реже всего встречается овальная форма (18,1%). Представители неопределенного типа телосложения имеют наибольшую частоту встречаемости овальной формы поперечного сечения диафиза (52,4%), наименьшую – треугольной формы (14,3%), округлая форма поперечного сечения середины диафиза занимает промежуточное положение (33,3%).

Таким образом, если фрагмент диафиза плечевой кости на поперечном сечении имеет овальную форму, то данная кость может принадлежать мужчине неопределенного соматотипа. Фрагмент плечевой кости округлой формы свидетельствует о принадлежности кости мужчине грудного типа телосложения, а костный фрагмент диафиза треугольной формы может принадлежать мужчинам мускульного и брюшного соматотипов. В данном случае для идентификации необходимо привлекать другие диагностические признаки костей.

Считаем, что полученные данные дополняют раздел анатомии по строению длинных трубчатых костей верхней конечности и могут быть использованы при судебно-медицинской идентификации личности по костным останкам.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеев, В.П. Остеометрия. Методика антропологических исследований/В.П. Алексеев. - М.: Наука, 1966. – 251 с.
2. Бунак, В.В. Методика антропометрических исследований/В.В. Бунак. – М.; Л.: Изд-во Наркомздрава РСФСР, 1931. - 222 с.
3. Григорьева, М.А. Применение дискриминантного анализа в оценке соматотипа человека по длинным трубчатым костям / М.А. Григорьева // Судебно-медицинская экспертиза. – 2004. – Т. 47, № 1. – С. 28-31.
4. Звягин, В.Н. Метод установления соматотипических особенностей человека при судебно-медицинской экспертизе костных останков/РЦ СМЭ/В.Н. Звягин, М.А. Григорьева. – М., 2001. – 26 с.
5. Рац. предложение. Формы поперечного сечения длинных трубчатых костей верхней конечности/Н.Н. Медведева, И.В. Аверченко /Краснояр. мед. академия.– Красноярск. – 2 с. – Опул. 20.11.2008г., №2430.
6. Федосова, В.Н. Общая оценка развития компонента мезоморфии по остеологическим данным (остеологическая методика)/В.Н. Федосова//Вопр. антропологии. – 1986. - Вып. 76. – С.104 – 116.
7. Чтецов, В.П. Опыт объективной диагностики соматических типов на основе измерительных признаков у мужчин/В.П. Чтецов, И.Ю. Лутовинова, М.И. Уткина//Вопр. антропологии. – 1978. – Вып. 58. – С.3 – 22.

УДК 614.2.003.1:616.31(571.51- 201)

МАРКЕТИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РЫНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ В Г. КРАСНОЯРСКЕ

Лисовская Е. Д.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом ПО

Научный руководитель: к.м.н. Шульмин А. В.

Актуальность темы исследования. В России за последнее десятилетие кардинально изменился рынок стоматологических услуг, он стал не только более качественным и высокотехнологичным, но так же произошло и распределение потока населения в связи с появлением большого количества коммерческих стоматологических клиник. У потребителя появились свои предпочтения, требования к оказанию услуг. Кроме того, из муниципальных стоматологических клиник произошел значительный отток пациентов в частные клиники, даже при условии, что многие из них имеют страховой полис и право бесплатно лечиться. Тем самым создаются новые условия конкуренции между частными стоматологическими клиниками и муниципальными. Подобная ситуация на рынке требует постоянного мониторинга потребительских предпочтений, для того, что бы руководители муниципальных учреждений смогли принимать рациональные решения. В связи с чем, нами разработана и составлена анкета, направленная на изучение стоматологического рынка, а именно потребителя.

Цель проекта: исследование основных аспектов формирования и развития рынка стоматологических услуг, способствующих повышению конкурентоспособности государственных стоматологических учреждений

Задача: изучение мнения пациентов о потребительском предпочтении в сфере оказания стоматологических услуг. В рамках решения этой задачи разработана анкета, для составления которой были изучены литературные источники, учтено мнение экспертов (преподавателей кафедры ОЗиЗ и ортопедической стоматологии).

Полученный вариант анкеты апробирован путем опроса 30 респондентов, после чего в анкету внесены изменения и сформирован ее окончательный вариант.

Анкета состоит из семи разделов, содержащих открытые и закрытые вопросы, что позволяет подробно выяснить основные предпочтения пациентов относительно оказания и качества стоматологических услуг, лечения, связанного со стоматологическими заболеваниями, а так же непосредственно наличие стоматологических заболеваний, о которых пациент осведомлен сам лично.

Структура анкеты представлена ниже:

1. Блок «Социально-демографический». Данные из этого блока обеспечивают информацию о возрасте, образовании, месте жительства респондентов.

2. Блок «Профессия». Позволяет выяснить социально-профессиональную группу респондентов, свободное от работы время, удобное для посещения врача-стоматолога, а так же определение наличие профессиональных вредностей, влияющих на ЗЧС.

3. Блок «Материальное благосостояние». Позволяет оценить материальные возможности респондентов, определить структуру расходов семьи, узнать, приходилось ли за последний год оплачивать медицинские услуги, а так же узнать, кто в большей степени принимает решение при распределении финансовых средств семьи.

4. Блок «Общее здоровье». Позволяет оценить наличие хронических заболеваний и инвалидности со слов респондентов.

5. Блок «Здоровье полости рта». Позволяет изучить личностную оценку респондентом здоровья полости рта, узнать какими стоматологическими услугами опрашиваемый воспользовался в течении всей жизни и в том числе за последний год, желает воспользоваться, то есть оценить востребованность стоматологической помощи в разрезе специальностей, узнать уровень санитарной грамотности, как он оценивает состояние зубов, по линии улыбки, и регулярно ли опрашиваемый посещает стоматологический кабинет.

6. Блок «Стоматология». Основной блок анкеты. Позволяет определить сколько раз за последние 12 месяцев респондент посещал стоматологию, оценить в динамике где именно респондент лечился и лечиться на данный момент в частной или государственной стоматологии, понять способ оплаты респондентом стоматологических услуг, нуждаемость в стоматологической помощи, мотивацию посещения врача-стоматолога, то, чем руководствуется пациент при выборе места лечения, наличие договора ДМС, узнать хотели бы жители, что бы часть стоматологических услуг в частной стоматологии оплачивались по ОМС, предпочтения при выборе врача стоматолога и самой поликлиники, а так нуждаемость в зубопротезной помощи, а если она оказывалась, то удовлетворенность ею.

7. Блок «Характеристика последнего посещения стоматологии». Заключительный блок, где можно узнать, как пациент оценивает свое последнее посещение врача-стоматолога. Респонденту предлагается оценить работу регистратуры, медицинской сестры, врача, дополнительные услуги и исследования, а так же, в общем, стоматологическое обслуживание поликлиники и организацию стоматологической помощи Красноярского края в целом.

Таким образом, разработанная нами анкета является многофункциональным маркетинговым инструментом оценки состояния рынка стоматологических услуг и позволяет получить набор данных, анализ которых обеспечивает поддержку принятия решений, руководителями стоматологических клиник.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Татарова Г.Г. Методология анализа данных в социологии (введение)/ учебн. Пособие для ВУЗов. – м: Издательский дом «Стратегия», 1998 – 224 с.

УДК 616-001/.317.3:614.2.003.1(571.51-201)

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ РЫНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ В Г. КРАСНОЯРСКЕ

Лисовская Е. Д.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом ПО*

Научный руководитель: к.м.н. Шульмин А. В.

Актуальность темы исследования. Проведение реформ в России привело к кардинальным изменениям в здравоохранении, которые связаны с развитием рыночных отношений. Формирование рынка стоматологических услуг происходило под влиянием экономических, социальных, материально-технических факторов и определило широкое развитие частного сектора. Появление большого числа частных кабинетов и клиник связано не только с ростом заболеваемости, но и с высокой рентабельностью оказания стоматологической помощи. Введение в государственных стоматологических учреждениях платных услуг продиктовано в первую очередь недостаточным финансированием. В государственных учреждениях сложилась ситуация, которая характеризуется одновременным функционированием элементов старой и новой экономических систем (плановых и рыночных). Конкуренция и внедрение новых технологий определяет рост уровня обслуживания. В связи с этим требуется регулярное изучение потребительского мнения, что создает условия для принятия рациональных управленческих решений, позволяющих уменьшить отток пациентов в частные стоматологические клиники и кабинеты.

Цель исследования: оценка рынка стоматологических услуг для взрослого населения г. Красноярска.

Задачи:

1. Изучить литературные данные, разработать план и программу исследования.
2. Изучить характеристики спроса на стоматологические услуги среди жителей г. Красноярска.

3. Определить объем и структуру потребления стоматологических услуг взрослыми жителями г. Красноярска.

Объект исследования: рынок стоматологических услуг города Красноярска

Единица наблюдения: взрослый житель г. Красноярска (от 18 лет и старше)

Учетные признаки: оценки характеристик рынка стоматологических услуг потребителем, предпочтения потребителя, а так же платежеспособность жителей города Красноярска.

Метод исследования: опрос при помощи анкеты с закрытыми и открытыми вопросами.

Характеристика выборки: Методом случайного отбора были опрошены 204 жителя г. Красноярска в возрасте от 18 лет.

Характеристики выборки:

По полу:

- 54,41% лица мужского пола,
- 45,59% женского.

По возрасту, респонденты распределились следующим образом:

- 18-24 года – 15,20%
- 25-34 лет – 27,45%
- 35-44 лет – 14,22%
- 45-54 лет – 16,67%
- 55-64 лет – 8,33 %
- 65-74 лет – 13,73%
- 75 и более лет – 4,41%

По образованию:

- 4,41% - незаконченное среднее
- 10,29% - Среднее
- 22,06% - Средне-специальное
- 45,59% - Высшее
- 15,69 – Незаконченное высшее

143 (70%) опрошенных указали на наличие детей, из них 46% одного ребенка, 45 % двух детей и 9 % трех.

Количество членов семьи составило:

- 34,31% - двое;
- 26,47 – трое;
- 23,04 – четверо;
- 10,78 – один;
- 3,92 – пять;
- 0,49 – шесть.

Из всех членов семьи на попечении находится в 22,55% случаев 1 человек, в 15,2 % случаев 2 человека, и в 2,94 % 3 и 4 человека. В 58,82 % случаев на попечении в семье нет ни кого.

Средний доход на одного члена семьи составляет 16990 тысяч рублей. При этом 25% имеют доход менее 8000 рублей.

По социально-профессиональным характеристикам из 204 респондентов 20,59% руководителей, 28,43 % специалистов, 10,43 % рабочих, 9,8 % студентов, 23,04 % пенсионеров, и 7,35 % временно безработных.

Свое экономическое положение респонденты отметили следующим образом: большинство 31,86 % указали на то, что денег едва хватает на еду, пользуются только бесплатными или льготными медицинскими услугами, на втором месте 21,57 % отметили, что денег хватает на еду и даже оплату недорогих медицинских услуг (до 1 тысячи рублей), на 3 месте 17,16 % отметили, что без труда могут оплатить дорогие медицинские услуги, 16,67 % респондентов отметили, что денег хватает даже на оплату зарубежной медицины и 11,27 % смогут оплатить дорогие медицинские услуги в случае, если это реально будет необходимо.

Респондентам было предложено, отметить дни недели и время, в которое им удобнее всего посещать стоматологию, оказалось, что самое удобное время с 10 до 14 часов в субботу. В будние дни, респонденты отдают предпочтение утренним часам и вечерним, а в выходные дни в обеденные часы. Самый удобный день для посещения стоматологии суббота, на втором месте понедельник, на третьем воскресенье (рис. 1).

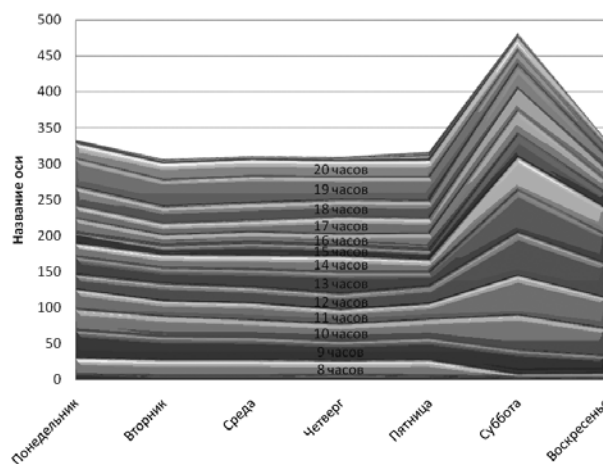


Рис. 1. – Предпочтения респондентов по времени потребления стоматологических услуг

Для определения динамики оценки респондентов мы использовали данные полученные в исследовании Артюхова И. П. и соавторов за 2004 г. [1].

Таблица 1

Самооценка здоровья зубов и десен взрослыми жителями г. Красноярска

Самооценка	2004 год	2009 год
Хорошее	27,85%	11,76%
Удовлетворительное	56,96%	59,8%
Плохое	15,19%	11,27%

Как следует из таблицы 1 за прошедшие 5 лет оценка состояния здоровья зубов и десен снизилась.

Таблица 2

Поведение респондентов в случае заболевания зубов и десен

Действия	По данным 2004 года	По данным 2008 года
Ни чего не делаю пока можно терпеть	10,33%	11,27%
Занимаюсь самолечением	5,12%	5,39%
Обращаюсь в городскую стоматологическую клинику	79,35%	51,47%
Обращаюсь в частную стоматологическую клинику		30,39%

Изучение динамики в отношении пациентов к выбору поведения при заболевании зубов и десен позволяет говорить о сохранении предпочтений (таблица 2).

Таблица 3

Оценка качества стоматологической помощи (средние баллы)

Оцениваемый признак	По данным за 2004 год, средний балл	2009 год, средний балл
Стоматологическое обслуживание в поликлинике	4,2	4,1
Работа регистратуры	3,7	4,1
Работа врача	4,6	4,2
Работа медицинских сестер	4,3	4,2
Работа рентгенкабинета, физиотерапевтической службы	4,2	4,3
Оценка материально-технического оснащения поликлиники	4,6	4,2

Оценка качества стоматологических услуг показывает, что достоверные отличия отмечаются только в улучшении оценки работы регистратуры.

Таким образом, используя методику социологического исследования нам удалось определить предпочтения пациентов по времени посещения стоматологических поликлиник. Выявить снижение степени удовлетворенности состоянием зубов и десен среди взрослого населения города Красноярска. Определить стабильность в поведении при возникновении заболеваний зубов и десен и повышение удовлетворенности от работы регистратуры.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Артюхов И.П., Калмыков А.А., Сенченко А.Ю. Управление здравоохранением на основе медико-социологических исследований населения - М – Красноярск: Медицина, Издательство КрасГМА, 2004 – 175 страниц.

УДК 616-007, 43-089, 844

ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ГЕРНИОПЛАСТИКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ СЕТЧАТЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ ПО МАТЕРИАЛАМ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Лисун А. Ф.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра хирургических болезней № 2*

Научные руководители: к.м.н., проф. Турчина Т. К., д.м.н., проф. Черданцев Д. В.

С учетом неуклонного роста абдоминальных вмешательств актуальной проблемой как плановой, так и urgent-ной хирургии на сегодняшний день является лечение послеоперационных вентральных грыж. Наружные грыжи живота встречаются у 7% населения, послеоперационные грыжи составляют до 25%, уступая только паховым. До 30% оперативных вмешательств по поводу послеоперационных вентральных грыж традиционными способами приводят к рецидиву грыжи [3]. В связи с этим в хирургической практике все более важное место занимают аллопластические методы с использованием сетчатых эндопротезов.

Причиной возникновения послеоперационной грыжи чаще всего является выбор хирургического доступа без учета анатомо-физиологических условий, что вызывает нарушение кровоснабжения и иннервации с последующими стойкими изменениями тканей. Значительную роль в патогенезе послеоперационных грыж следует отнести осложнения в ране, сопутствующая патология.

Методы пластики, основанные на имплантации синтетических сеток, позволили существенно снизить процент рецидива грыжи и добиться значительного улучшения результатов лечения в отдаленном послеоперационном периоде. Аллопластика позволяет повысить качество жизни пациентов после операции по сравнению с пластикой местными тканями.

Немаловажным является оценка отдаленных результатов оперативного лечения. В наше время довольно мало работ посвящено этому аспекту. В связи с этим наша работа представляется своевременной и довольно актуальной.

В отделении абдоминальной хирургии ККБ №1 за последние 3 года (2006 – 2008 гг.) проходили оперативное лечение 169 человек, в возрасте от 33 до 79 лет (средний возраст 56 лет) из них женщины составили 134 человека (79%), а мужчины 35 (21%). Среди всех пациентов 50 человек с рецидивом послеоперационной вентральной грыжи (30%), после традиционной пластики местными тканями.

Первичные операции производились по поводу: ЖКБ, хронического калькулезного холецистита в 59 случаях, что составило 35%; гинекологических заболеваний 33 случая (19%); рецидивных грыж 20 случаев (11%); аппендицита 11 случаев (7%); по поводу перитонита различного генеза и травматических повреждений ПБС по 8 случаев (5%); заболеваний ДПК и желудка и заболеваний почек по 6 случаев (4%); хирургических заболеваний кишечника и операции кесарева сечения по 5 (3%); оперативных вмешательств на сердце и по поводу панкреонекроза по 4 случая (2%). Чаще всего послеоперационные вентральные грыжи развивались после срединных доступов - 142 случая (84%), доступ по Волковичу-Дьяконову 11 случаев (7%), доступ по Федорову (подреберный справа) 7 случаев (5%), разрез по Пфанненштилю 5 случаев (3%), другие доступы 4 случая (2%).

По давности грыжевого выпячивания ПБС всех пациентов мы разделили на 4 группы: первая – от месяца до 5 лет 114 случаев (67%), от 5 до 10 лет 42 случая (25%), от 10 до 15 лет 8 случаев (5%) и более 15 лет 5 случаев (3%).

Распределение пациентов по размерам грыжевых ворот (по Рату) представлено в таблице №1

Таблица 1

Распределение пациентов зависимости от размеров грыжевых ворот

	М	L	R
w1	48 (28%)	4 (2%)	22
w2	72 (43%)	11 (7%)	23
w3	30 (18%)	2 (2%)	5
w4	2 (1%)		

W1 дефект апоневроза до 5 см в поперечнике, W2 до 10 см, W3 до 20 см, W4 свыше 20 см. L – боковая, М – срединная, R – рецидивная

Из всех пациентов у 48 человек (28%) были отмечены грыжи с дефектом апоневроза до 5 см в поперечнике срединного расположения, боковые грыжи тех же размеров составили 4 случая (2%), среди них 22 случая рецидивных, что составило 42 %. У 72 пациентов (43%) были выявлены грыжи срединного расположения от 5 до 10 см в поперечнике, боковые 11 случаев (7%), рецидивные случаи 23, составили 28%. 30 случаев (18%) составили грыжи срединной локализации с размером от 10 до 20 см в поперечнике, боковые 2 случая (2%), рецидив грыжи отмечался у 5 человек (16%). Грыжи размером более 20 см в поперечнике составили 1%, это 2 случая.

Всем пациентам была проведена герниоаллопластика сетчатым эндопротезом фирмы «Линтекс» (Санкт-Петербург). При этом эндо протезы фиксировались в трех возможных позициях: sublay – 123 (72%), in ay – 22 (13%), onlay – 24 (15%) случаев. В 39 (23%) случаях отмечались осложнения со стороны раны после операции (нагноение, серома, межапоневротическая гематома). При фиксации эндопротеза в позиции sublay осложнения со стороны раны возникли в 27 случаях (69%), inlay в 3 случаях (8%) и onlay в 9 случаях (23%).

Отдаленные результаты хирургического лечения с применением сетчатых эндопротезов оценивались у пациентов, у которых после операции прошло более 6 месяцев. Состояние рубца оценивалось посредством заполнения респондентами оригинальной анкеты, состоящей из 8 вопросов. Группа оценки по данному параметру составили 65 человек, среди них 10 (15%) мужчин и 55 (85%) женщин. 19 человек (29%) оценивают свое состояние после операции как хорошее (грыжи нет, боли в животе и/или области швов нет); 32 человека (49%) как удовлетворительное (грыжи нет, боли в животе и/или области швов); 14 (22%) как плохое (грыжа появилась вновь: частично или полностью). Сроки появления рецидива грыжи от 1 месяца до 1,5 лет. Лишь у трех человек, рецидив п/о грыжи возник в том же месте, что в процентах составило 4,6 %. Бандажом после операции в течение 6 месяцев пользовалось 12 (18%) человек, менее 6 месяцев 13 (20%), более 6 месяцев 39 (60%). Физическую нагрузку ограничивали в течение 1 месяца 1 человек (1,5%), 2 месяца 17 человек (26%), 6 месяцев и более 47 человек (72,5%). По результатам субъективной оценки послеоперационного рубца выяснилось, что 29 человек (45%) оценивают состояние своего рубца как лучше предыдущего (тонкий, мягкий, бледно-розовый, безболезненный); 13 (20%) хуже (плотный, широкий (более 3 см), ярко-розовый, болезненный); 23 человека (35%) заметных отличий не находят.

Выводы:

- Наиболее частой причиной развития п/о вентральных грыж можно считать операции сопровождающиеся срединной лапаротомией, а по причинам оперативного лечения: ЖКБ, хронический калькулезный холецистит.
- В отдаленном п/о периоде грыжевое выпячивание отмечается у 14 человек, и лишь 3 (4,5%) в том же месте рубца; при пластике местными тканями эта цифра составляла 50 человек (30%).
- Очевидным является то, что за последние 3 года значительно снизилось количество рецидивов п/о вентральных грыж, в частности, и благодаря использованию сетчатых эндопротезов при пластике грыжевых ворот, более 70 % опрошенных оценивают свое общее состояние как хорошее и удовлетворительное.
- Таким образом применение сетчатого эндопротеза для пластики п/о вентральных грыж, можно применять не только для пластики грыжевых дефектов при п/о вентральных грыжах, но и использовать для укрепления ПБС при завершении «проблемных» операций, тем самым проводя профилактику возникновения п/о вентральных грыж.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Асланов А.Д. и соавт. «Сравнительная оценка результатов хирургического лечения послеоперационных грыж». *Анналы хирургии*, № 4, 2007 г.
2. Винник Ю.С. и соавт. «Хирургия грыж передней брюшной стенки». Красноярск, 2008 г.
3. Голота Е.А. «Сравнительная оценка результатов операций у больных с послеоперационными вентральными грыжами с применением различных видов эксплантатов». Автореферат. Москва, 2007 год.
4. Машкова Т.А. и соавт. «Оценка способов размещения полипропиленовых сеток при аллопластике вентральных грыж». *Вестник хирургии*, 2006 год.
5. Суковатых Б.С. и соавт. «Профилактика послеоперационных вентральных грыж при помощи полипропиленового эндопротеза». *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*, №9, 2007 год.
6. Чугунов А.Н. и соавт. «Современное состояние вопроса о методах хирургического лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами». *Анналы хирургии*, №4, 2007 год.

УДК 616.127-005.8-06-092.9

МЕТОДИКА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА И ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ У МЕЛКИХ ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ (МЫШЕЙ)

Литвинович С. Н.

*Гродненский государственный медицинский университет
Кафедра госпитальной терапии*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Ерш И. Р.

Образ жизни современного человека ведет к раннему развитию сердечно-сосудистых заболеваний. Одной из самых острых проблем здравоохранения является инфаркт миокарда. И дело здесь не только в том, что несколько десятилетий назад это заболевание встречалось редко, а сейчас известно даже широким слоям населения, а в том, что кривая заболеваемости инфарктом миокарда, несмотря на все увеличивающиеся достижения мировой медицины в этой области, ползет вверх. И давно уже прослежена яркая тенденция к его “омоложению”, что, несомненно, делает это заболевание не только одним из самых распространенных, но и просто социально опасным.

Именно в этой связи в мире стали говорить об ишемической болезни сердца как о заболевании эпидемиологическом с точки зрения не сравнимых ни с одной эпидемией инфекционного характера.

Поэтому необходимо более глубокое понимание этиологии, патогенеза, разрабатывание креативных методов лечения, что немислимо без моделирования соответствующих симптомов заболевания на лабораторных животных.

Целью нашего исследования является обеспечение необходимой информацией для выполнения методики моделирования инфаркта миокарда на мелких лабораторных животных.

Материалы и методы – мыши 57BL6 в возрасте 14-16 недель (весом 22-30.5 гр.) в количестве 20 штук; эндотрахеальная трубка размером 40.0 мм на 1.0 мм. которая представляет собой полиэтиленовую трубку из уретана с металлическим мандреном, один конец которой срезан под углом 45 градусов; весы электронные лабораторные (мах. 400 гр., мин. 0,1 гр.), аппарат для искусственной вентиляции лёгких мелких лабораторных животных MiniVent, источник света, лигатура пролен 6.0 с ат12вматической иглой, кетгут, пинцеты анатомические, вещества для наркоза, операционный столик с подогревом, 5 % спиртовой раствор йода, микроскоп, кислородный баллон.

Результаты исследования. Перед исследованием проводили определение массы тела животных на электронных лабораторных весах с точностью до десятых, что крайне важно для расчёта и проведения последующей анестезии. Анестезия проводилась с помощью интраперитонеальной инъекции растворами кетамина и ксилазина в дозе 120 мг/кг массы и 3 мг/кг массы соответственно. В операционных условиях лабораторное животное, находясь на спине, фиксировалось на операционном столе. Лигатура проводилась за областями передних верхних резцов и туго натягивалась, таким образом, чтобы шея была слегка оттянута. После выдвижения языка вперёд с помощью анатомического пинцета, визуальное вводилась эндотрахеальная трубка на расстояние 5 мм от гортани с последующей её фиксацией во избежание её смещения. Свободный конец трубки был соединён с аппаратом искусственной вентиляции лёгких, который обеспечивал 100% поступление кислорода в объёме 200 микролитров с частотой 150 дыханий в минуту.

Животное фиксировалось на спине с ротацией вправо, что предназначалось для лучшей экспозиции сердца и левого желудочка. Операция проводилась на операционном столе при температуре 37 °С. После обработки операционного поля раствором йода проводилось препарирование кожи и подкожной клетчатки в области проекции сердца (рис.1). Тупым методом в соответствии с топографией наружная и внутренняя грудные мышцы разделялись (рис.2).

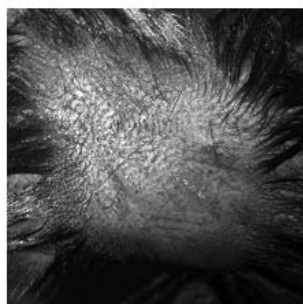


Рис. 1. – Операционное поле, обработанное раствором йода



Рис. 2. – Разделение наружной и внутренней грудных мышц

Торакотомия проводилась в 5 левом межреберье. После вскрытия грудной клетки и перикарда проводилась перевязка левой коронарной артерии под микроскопом проленом № 6.0 атравматической иглой. Шов проходил под артерией на расстоянии 1-3 мм от верхушки нормально расположенного левого ушка (Рис.3). Затем левую коронарную артерию сдавливали с наложением узла (Рис. 4).

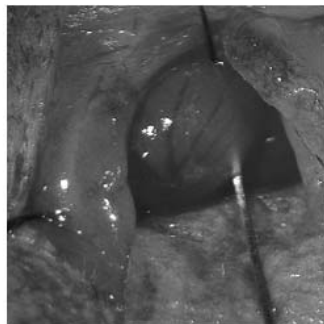


Рис. 3. – Прохождение иглы под левой коронарной артерией

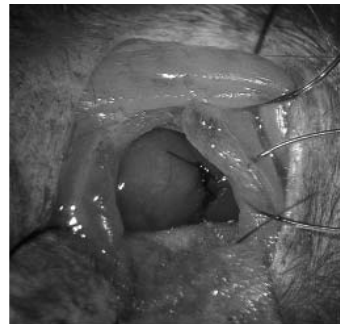


Рис. 4. – Перевязка левой коронарной артерии

Факт перевязки данной артерии подтверждался изменением интенсивности окраски миокарда ниже места перевязки, а также видимым нарушением сократимости миокарда левого желудочка. Сердечная венозная сеть сердца была хорошо видна и не наблюдалось закупорки вен при указанных манипуляциях. Чтобы усилить достаточное расправление лёгких перед окончанием операции, дыхательный объём был увеличен до 300 мл, а частота дыхания уменьшилась до 100 раз/мин. Грудная клетка была зашита проленом с репозицией мышц, а кожа - при помощи кетгута (Рис.5).

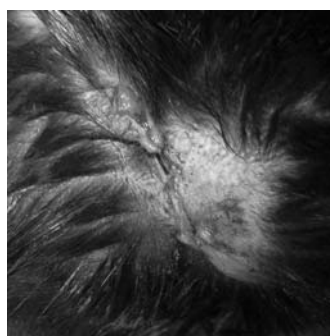


Рис. 5. – Ушитый кожный покров

После чего животное было перевернуто на грудину и вентилировалось 100% кислородом до полного просыпания от наркоза. В последующем экспериментальное животное помещалось в клетки со столиком-инкубатором, который поддерживал постоянную температуру 37 °С на 2 часа. Антибиотики в процессе эксперимента не назначались. Раны заживали без явно выраженной инфекции, что было подтверждено в последующем при аутопсии.

За период использования данной методики моделирования инфаркта миокарда у мелких лабораторных животных, наблюдались следующие осложнения: глубокий прокол ткани сердца иглой для осуществления перевязки левой коронарной артерии 3 мыши (15 %), повреждение иглой внутренней грудной артерии 2 мыши (10%).

Таким образом, для осуществления моделирования экспериментального инфаркта миокарда на лабораторных животных и предупреждения осложнений, следует строго соблюдать предлагаемую методику.

УДК: 616.127-005.8-085.22

АНТИИШЕМИЧЕСКИЙ И ОРГАНОПРОТЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТЫ ЛИЗИНОПРИЛА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Литвинович С. Н.

Гродненский государственный медицинский университет
Кафедра госпитальной терапии

Научный руководитель: к.м.н., доц. Ерш И. Р.

Актуальность. Результат лечения больных в отделении кардиореанимации с острым инфарктом миокарда значительно улучшается после внедрения лекарственных средств, которые доказали свою эффективность в крупномасштабных клинических исследованиях, таких как тромболитические агенты, В-блокаторы и ацетилсалициловая кислота (1,2,5). Как показали исследования SMILE, SAVE, AIRE, TRACE, ранняя активизация RAAS после инфаркта миокарда и вовлечение ее в патогенез формирования сердечной недостаточности свидетельствуют в пользу раннего назначения ингибиторов АПФ (5,6). Важно отметить, что ингибиторы АПФ, по-видимому, эффективно снижают связанную с инфарктом миокарда смертность и заболеваемость, а также воздействуют на процессы постинфарктного ремоделирования сердца (3,4).

Цель исследования: изучение влияния лизиноприла на постинфарктное ремоделирование левого желудочка, развитие ишемических эпизодов у больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ).

Материалы и методы. В исследование было включено 65 больных (43 мужчины и 22 женщины), перенесших острый крупноочаговый инфаркт миокарда. Средний возраст составил 53±9,6 лет. В исследование не включались пациенты с повторным ИМ, с мелкоочаговым ИМ. Все больные были разделены на две группы методом случайной выборки. 1-ю группу (контрольная группа) больных составили 33 пациента (24 мужчины, 9 женщин), 2-ю – 32 больных (19 мужчин, 13 женщин). Больные 1-й группы получали обычную традиционную терапию, включающую антикоагулянты, антиагреганты,

β-блокаторы и нитраты. Больные 2-ой группы, наряду с традиционной терапией получали лизиноприл (диротон, фирмы Гедеон Рихтер) с 5-го дня неосложненного крупноочагового ИМ в течение всего периода нахождения в стационаре и после выписки в течение года. Начальная доза лизиноприла составила 2,5 мг/сутки, которая постепенно увеличивалась в зависимости от уровня АД, динамики ЭКГ и состояния больного. Допплерэхокардиографическое исследование проводилось на аппарате «АЛОКА-680» (Япония) по стандартной методике с использованием рекомендаций Американского эхокардиографического общества (1978 г.). Определялись следующие ЭхоКГ показатели: диаметр левого предсердия (ЛП), конечный диастолический (КДР) и конечный систолический (КСР) размеры левого желудочка (ЛЖ), толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) и задней стенки ЛЖ (ТЗСЛЖ), размеры правого желудочка (ПЖ) в диастолу. Кроме того, по общепринятым методикам вычисляли конечный диастолический (КДО) и конечный систолический (КСО) объемы ЛЖ, ударный объем (УО), фракцию выброса (ФВ) ЛЖ в систолу. Используя формулу R.Devereux и соавт. (7) определяли массу миокарда ЛЖ (ММЛЖ), за норму было принято значение 210 г, а за ИММЛЖ – цифры менее 130г/м² для мужчин и менее 110 г/м² для женщин. Суточное мониторирование ЭКГ (СМЭКГ) проводили на аппарате «Кардиотехника -4000 АД» («Инкарт», Россия) в течение 24 часов на фоне отмены за сутки до исследования антиангинальных препаратов.

Результаты и обсуждение. Динамика ФК ХСН, повторных ИМ и летальности у больных, перенесших ОИМ представлена в таблице 1.

Таблица 1

Динамика ФК ХСН, повторных ИМ и летальности у больных, перенесших ОИМ

Период наблюдения	Повторный ИМ		Летальность		Число больных ХСН, ФК		
	1-я группа (n=33)	2-я группа (n=32)	1-я группа (n=33)	2-я группа (n=32)	1 ФК 1гр/2гр	2 ФК 1гр/2гр	3 ФК 1гр/2гр
0-1 месяц	-	-	1	1	6/6	22/21	5/5
1-6 месяцев	2	-	2	-	2/4	23/27	8/1
6-12 месяцев	3	-	1	-	3/5	20/27	10/0
Итого	5	-	4	1	-	-	-

Как видно из таблицы 1, число больных с различными ФК сердечной недостаточности в обеих группах больных к моменту выписки из стационара было примерно одинаковым. Через 6 месяцев наблюдения во 2-й группе больных, получавших лизиноприл, наблюдалась тенденция к увеличению числа больных со II ФК (НУНА) – 84,3% (n=27); больные с IФК составили – 12,5% (n=4), с IIIФК – 3,2% (n=1), в то же время в контрольной группе произошло увеличение больных с IIIФК, что составило 24,3% (n=8), больные с IФК составили 6,0% (n=2), со IIФК – 69,7% (n=23). Наиболее существенные изменения произошли через один год наблюдения. Во 2-й группе больных, постоянно в течение года принимавших лизиноприл, не регистрировались больные с IIIФК, IФК установлен у 15,6% (n=5), IIФК – у 84,4% (n=27). В контрольной группе к концу годичного наблюдения доля больных с IIIФК увеличилась значительно и составила 30,3% (n=10), IIФК диагностирован у 66,6% (n=20), а IФК – у 3-х больных (2,8%) (P < 0,05). Летальность в контрольной группе за год наблюдения составила 12,1% (P < 0,05), а во 2-ой группе, больные которой в течение года получали лизиноприл – 3,1%. Повторные ИМ зарегистрированы лишь у больных контрольной группы (15,1%) (n=5).

Показатели СМЭКГ у больных, перенесших ОИМ, отражены в таблице 2.

Таблица 2

Показатели СМЭКГ у больных, перенесших ОИМ

Показатели	Сутки ИМ, группы больных					
	5-е сутки		25-е сутки		Через 12 месяцев	
	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа
К-во эпизодов: безболевых болевых	4,6±0,41 2,3±0,21	4,1±0,23 1,8±0,31	4,4±0,78 1,5±0,33	2,9±1,18 1,1±0,18	4,0±0,13 1,7±0,24	1,4±0,13* 0,9±0,29*
Амплитуда смещения сегмента ST, мм: при безбол. эпизодах при бол. эпизодах	2,1±0,05 2,3±0,08	2,1±0,06 2,3±0,04	2,0±0,11 2,3±0,06	1,8±0,14 2,0±0,11	2,1±0,07 2,3±0,11	1,6±0,08 1,9±0,11
Средняя длительность эпизодов, мин.: безболевых болевых	18,2±1,13 15,0±0,42	18,1±1,21 15,2±0,41	18,3±1,21 15,1±0,23	15,9±1,01 11,6±0,21	14,9±1,03* 11,9±0,22*	7,9±1,12* 5,1±0,21*
Общая продолжительность, мин: безболевых болевых	57,0±3,50 17,6±1,02	56,0±4,51 18,1±1,02	77,0±14,7 26,1±4,6	49,1±2,2* 15,2±2,5*	67,2±1,12* 19,5±0,16*	27,9±2,11* 4,3±0,28*
Суммарная ишемия миокарда, мин	75,1±3,04	74,2±3,31	96,4±2,14	64,1±2,96*	81,4±1,32*	32,1±1,31*

*-достоверные различия изменений показателей СМЭКГ между 1-й и 2-й группами больных

Как видно из таблицы 2, нами выявлено благоприятное влияние лизиноприла на частоту возникновения и продолжительность ишемических эпизодов как в период стационарного лечения, так и спустя один год после выписки из стационара У больных 2-й группы, получавших лизиноприл, к концу года наблюдалось значительное уменьшение как частоты болевых и безболевых эпизодов ишемии, так и их средней, общей и суммарной продолжительности за сутки. В то же время, у больных контрольной группы, наоборот, наблюдалось увеличение как общей так и суммарной ишемии миокарда к концу года наблюдения.

Динамика показателей ЭхоКГ у больных, перенесших ИМ, представлена в таблице 3.

Динамика показателей ЭхоКГ у больных, перенесших ИМ

Показатели	Сутки ИМ, группы больных					
	5-е сутки		25-е сутки		Через 12 месяцев	
	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа
ЛП, см	3,68±0,05	3,74±0,06	3,64±0,04	3,67±0,05	3,72±0,03	3,61±0,05
КСР, см	3,61±0,03	3,57±0,04	3,59±0,03	3,55±0,03	3,63±0,02	3,51±0,04
КДР, см	5,71±0,03	5,48±0,04	5,87±0,02*	5,11±0,03*	5,88±0,03*	5,11±0,04*
КСО, мл	59,68±1,78	58,72±1,98	58,55±1,68	56,68±1,88	61,54±1,78	54,61±1,98
КДО, мл	172,48±2,3	168,52±2,4	176,36±2,4	159,51±2,1	178,31±2,3	157,41±2,1
ФВ, %	46,01±1,21	48,06±1,13	45,02±1,19	49,18±1,12	41,02±1,19*	55,1±1,12*
ТЗСЛЖ	1,32±0,04	1,22±0,03	1,33±0,04	1,20±0,04	1,32±0,03	1,18±0,03
ИММЛЖ	139,8±6,4	138,4±6,9	144,7±2,4	134,5±2,5	158,7±1,4*	126,3±1,8

*-достоверные различия изменений показателей ЭхоКГ между 1-й и 2-й группами больных

Как видно из таблицы 3, при ЭХО-кардиографическом исследовании на 9-ые сутки ИМ в обеих группах больных не было выявлено достоверных различий в объемных показателях внутрисердечной гемодинамики и показателях сократимости ЛЖ. При повторном исследовании на 25-ые сутки ИМ во 2-ой группе больных наблюдалось снижение КДР ($P<0,05$), а у больных контрольной группы – увеличение этого показателя ($P<0,05$) по сравнению с 9-ми сутками наблюдения. Через год наблюдения выявлены достоверные различия между группами в показателях внутрисердечной гемодинамики и сократимости ЛЖ. ФВ во 2-й группе увеличилась на 7%, в контрольной группе зарегистрировано ее снижение на 5%, ИММЛЖ во 2-й группе снизился на 9,8%, в то же время в контрольной группе больных увеличился на 13,7%. Зарегистрировано положительное влияние лизиноприла на индекс относительной толщины стенки левого желудочка, характеризующий соответствие гипертрофии сердечной мышцы растяжению камер сердца.

У подавляющего числа больных (87,5%) наблюдалась хорошая переносимость препарата. В первые дни приема лишь у 2-х больных наблюдалось снижение АД ниже 90/60 мм рт. ст., в связи с чем дальнейший прием препарата был прекращен. Умеренный сухой кашель, головная боль наблюдались у 4-х больных, указанные побочные эффекты не потребовали отмены препарата или снижения дозы и прошли самостоятельно.

Выводы. Лизиноприл вызывал благоприятное влияние на параметры ремоделирования ЛЖ, что подтверждает значение ингибиторов АПФ в прогнозе ИМ. Кроме того, наблюдался антиишемический эффект у больных в раннем и позднем постинфарктном периоде на фоне постоянного приема лизиноприла в индивидуально подобранных дозах. Достоверное уменьшение количества летальных исходов, повторных ИМ в группе больных, получавших лизиноприл, позволяет считать, что назначение ингибиторов АПФ с 5-х суток острого ИМ имеет благоприятное прогностическое значение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арутюнов Г.П., Вершинин А.А., Степанов Л.В. и др. Влияние длительной терапии ингибитором АПФ эналаприлом (ренитеком) на течение постгоспитального периода острого инфаркта миокарда // Клиническая фармакология и терапия. – 1998. – №2. – С. 36–40.
2. Гогин Е.Е. Ренин-ангиотензиновая система и возможности моделирования ее активности с помощью ингибиторов АПФ и селективных блокаторов ангиотензиновых рецепторов // Клиническая фармакология и терапия. – 1998. – №7 (3). – С. 13–16.
3. Ивлева А.Я. Клиническое применение ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента и антагонистов ангиотензина-II. – М. – 1998. – 158с.
4. Никитин Н.П., Аляви А.Л., Голоскокова В.Ю. и др. Особенности процесса позднего ремоделирования сердца у больных, перенесших инфаркт миокарда, и их прогностическое значение // Кардиология. – 1999. – №1. – С. 54–58.
5. C. Borghi, E. Ambrosioni. SMILE. In «Efficacy of myocardial infarction therapy», Ed. by I.S. Nash & V. Fuster, Marcel Dekker Inc.-Basel, 1999: 237-250.
6. Borghi C, Ambrosioni E. Effects of zofenopril on myocardial ischemia in post-myocardial infarction patients with preserved left ventricular function: The Survival of Myocardial Infarction Long-term Evaluation (SMILE)-ISCHEMIA study. Am Heart J 2007 153, Issue 3, Pages 445. e7-445.e14.
7. Devereux R.B., Alonso D.R., Lutas E.M. Echocardiographic assessment of left ventricular hypertrophy: comparison to necropsy findings. // Am. J. Cardiol. – 1986ю – Vol. 57. – P. 450-458.

УДК 616.988.75-053.2-084:615.37

ОЦЕНКА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ НАЕМОРИЛУS INFLUENZAE TYPE В ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВАХ

Лубнина Т. В.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра клинической иммунологии

Научный руководитель: д.м.н., проф. Куртасова Л. М.

В настоящее время накопилось достаточно данных, свидетельствующих о том, что инфекция, вызываемая *Haemophilus influenzae type b* (Hib-инфекция), имеет широкое распространение на территории РФ [1,5,6]. При этом возбудитель в основном поражает детей раннего возраста. Hib-инфекция у детей раннего возраста протекает тяжело и характеризуется высокой летальностью. Среди клинических форм преобладают генерализованные, которые в половине случаев проявляются в виде менингита и септицемии. Особое значение имеет проблема этиотропной терапии, связанная с уменьшением чувствительности гемофильной палочки к антибиотикам.

Результаты, полученные при проведении исследований в разных регионах России, показали эпидемиологическое неблагополучие в отношении Hib-инфекции среди детей в организованных коллективах [2,3,4].

Учитывая воздушно-капельный путь передачи инфекции, многообразие клинических форм, тяжесть исходов, трудности диагностики и лечения, а также высокую стоимость лечения, вакцинация является оптимальным решением проблемы Нib-инфекции у детей. Однако по ряду как объективных, так и субъективных причин вакцинопрофилактика Нib-инфекции пока недостаточно широко используется в Российской педиатрической практике.

Цель исследования – изучение профилактической эффективности специфической иммунопрофилактики против Нib-инфекции у детей раннего возраста в дошкольных учреждениях.

Материалы и методы. Проведены динамические наблюдения за 10707 здоровыми детьми раннего возраста в г. Красноярске. Из них 2538 детей были привиты вакциной Акт-ХИБ (“Sanofi Pasteur”, Франция) – основная группа. 8169 детей не были иммунизированы и составили контрольную группу. Дизайн исследования представлен на рисунке 1.

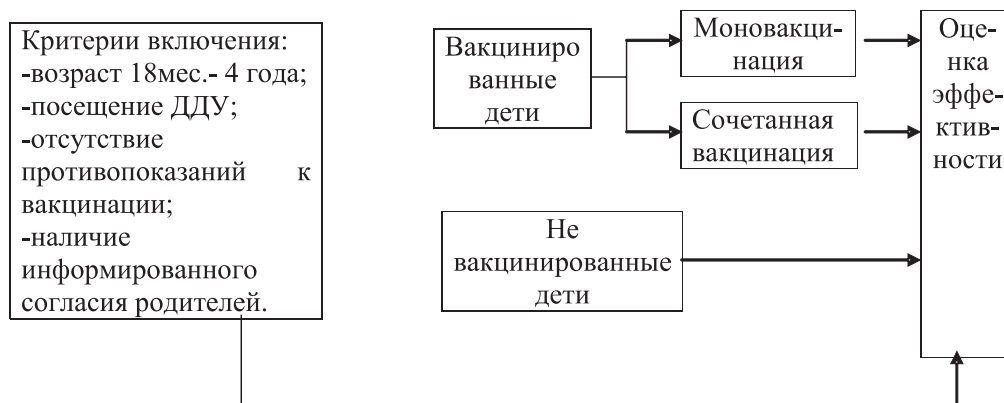


Рис. 1. – Дизайн исследования

Иммунизацию проводили согласно рекомендациям Росздрава “О профилактике гемофильной инфекции” (30.12.1957г. №2510/10099-97-32) и в соответствии с приказом ГУЗ Красноярского края и ЦГСЭН “О проведении иммунизации против гемофильной инфекции детей Красноярского края” (16.04.2001г. № 184/375).

В исследование включали детей, постоянно проживающих в Советском районе г. Красноярска и посещающих организованные коллективы. Вакцинация проводилась в строгом соответствии с инструкцией по применению вакцины Акт-ХИБ у детей. Вакцинация проводилась в виде моно- или сочетанного режима иммунизации (в комплексе с вакцинами согласно Национального календаря профилактических прививок РФ).

Для оценки профилактической эффективности вакцинации использовали сравнительный анализ заболеваемости в исследуемых группах с определением индекса эпидемиологической эффективности. Данные о заболеваемости заносились в специальную регистрационную форму исследования ежемесячно. Анализировалось число случаев заболеваемости и продолжительность каждого случая.

Результаты и обсуждения. В ходе проведенных исследований установлено, что показатель заболеваемости детей, не иммунизированных против Нib-инфекции составил 647,0 случаев на 1000 детей. В то время как показатель заболеваемости привитых детей оказался почти в 2 раза ($p < 0,001$) ниже по сравнению с показателями в группе не привитых детей (таб. 1). При этом индекс эффективности вакцинации детей привитых варьировал от 1,7 до 2,1 (таб. 1).

Показатели (на 1000 детей) заболеваемости привитых и не привитых детей, болезнями, имеющими сходные с Нib-инфекцией проявления

Таблица 1

Период исследования	Количество детей	привитые		Количество детей	Не привитые		Индекс эффективности	Р
		из них заболело			Из них заболело			
		Абсолютное число	%		Абсолютное число	%		
2006 г.	264	81	306,8	3305	2178	659,0	2,1	<0,001
2007 г.	766	251	327,7	2803	1747	623,3	1,9	<0,001
2008 г.	1508	585	387,9	2061	1360	659,9	1,7	<0,001
Всего	2538	917	361,3	8169	5285	647,0	1,8	<0,001

Следовательно, результаты полученных данных позволили утверждать, что группы вакцинированных и не вакцинированных против гемофильной инфекции типа b отличались ($p < 0,001$) по распределению в них больных и здоровых детей, а это подтверждает эпидемиологическую эффективность вакцинации.

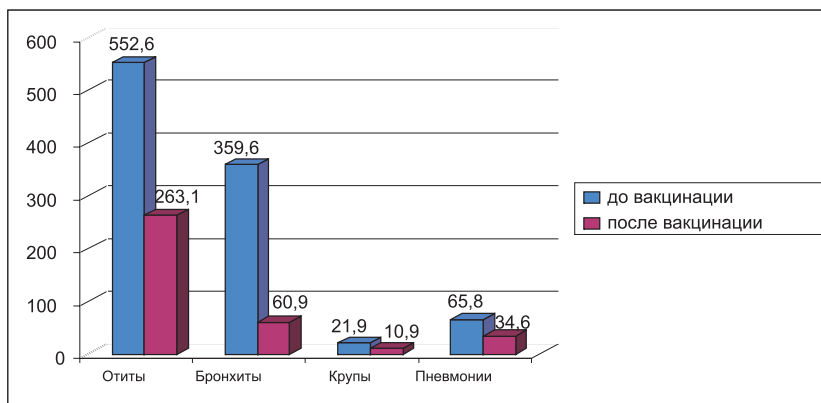


Рис. 2. – Показатели (на 1000 детей) заболеваемости в период до вакцинации и через 12 месяцев после вакцинации

Изучение спектра заболеваний через год после вакцинации показало, что уровень заболеваемости отитами снизился в 5,9 раза ($p < 0,001$), бронхитами в 1,9 раза ($p < 0,001$), пневмониями в 1,9 раза ($p < 0,05$), крупами в 2 раза ($p < 0,05$) по сравнению с показателями в период до вакцинации (рис.2).

В группе не привитых детей отмечалось достоверное повышение показателей заболеваемости бронхитом и пневмонией в сравниваемые периоды наблюдения ($287,7 \pm 35,4$; $420,2 \pm 41,9$ $p < 0,05$; $0,0 \pm 26,4$; $72,5 \pm 21,9$ $p < 0,05$ соответственно). Необходимо отметить, что в группе не привитых детей наблюдалось снижение в 2,4 раза заболеваемости отитом ($328,8 \pm 401,1$; $130,4 \pm 2,6$ $p < 0,001$). В то время как в группе привитых показатель заболеваемости отитом после вакцинации уменьшился в 5,9 раза ($p < 0,001$). В группе не привитых детей показатели заболеваемости крупом в сравниваемые периоды наблюдения достоверно не различались ($13,7 \pm 9,8$; $14,5 \pm 10,1$).

Таким образом, результаты проведенных исследований убедительно показали профилактическую эффективность вакцинации против гемофильной инфекции типа b у детей раннего возраста в организованных коллективах.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белошицкий Г.В., Королева И.С., Садовникова В.Н. и др. Нйв-инфекция и ее актуальность для здравоохранения РФ // Инфекционные болезни.- 2003.-№1.-С.9-13.
2. Горбунов С.Г., Орлова Е.В., Захарова Н.И. и др. Результаты динамического наблюдения за детьми раннего возраста в закрытом коллективе, иммунизированными вакциной "Акт-ХИБ" // Вакцинация.-2003.-№2.-С. 6-7.
3. Демина А.А., Спирихина А.В. Нйв-инфекция: меры борьбы и профилактики // Эпидемиология и инфекционные болезни.- 2001.-№ 3.-С. 52-56.
4. Куртасова Л.М., Рузаева Л.А., Заряно Г.А. и др. Специфическая иммунопрофилактика респираторной инфекции, вызванной Haemophilus influenzae типа b у детей группы риска // Инфекционные болезни.-2004.-Т2,№3.-С.20-24.
5. Таточенко В.К., Катосова Л.К., Федоров А.М. Гемофильная инфекция типа b и перспективы борьбы в России // Детские инфекции.-2004.-№1.-С.51-54.
6. Юшкова И.Ю., Кулькина В.Ф., Огурцов А.А. и др. Проблемы гемофильной инфекции в Тюменской области // Вакцинация.-2003.-№2.-С.10-11.

УДК 616.379-008.64-009.2-085-089

ВЛИЯНИЕ pH СРЕДЫ НА ТЕЧЕНИЕ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Лукьянова А. Н., Капкан П. А.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра общей хирургии

Научные руководители: к.м.н., доц. Фаттахов В. Л., асп. Блескина А. В.

Раневой процесс на фоне сахарного диабета отличается более длительными сроками течения, склонностью к язвообразованию и хронизации, что имеет большое медико-социальное значение [1,4]. На течение раневого процесса при сахарном диабете патологическое влияние оказывают прежде всего полинейропатия, ангиопатия, остеопатия, являющиеся взаимосвязанными и взаимоотягощающими причинами развития осложнений [2,3]. В целом для раневого процесса при сахарном диабете характерно ареактивное течение, обширность поражения глубоких тканей. Несмотря на применение большого числа хирургических вмешательств при гнойно-некротических процессах мягких тканей у больных с сахарным диабетом, широкий выбор антисептических, антибактериальных препаратов, проблема местного лечения гнойных ран мягких тканей у этих пациентов остается актуальной до настоящего времени [1,3].

Величина водородного показателя (pH) является важной характеристикой кислотно-основного состояния (КОС) раны. Его исследованию посвящено много работ отечественных и зарубежных авторов, по данным которых диапазон колебаний pH раневого экссудата находится в достаточно широких пределах. Известно, что свеженанесенная асептическая рана имеет щелочную реакцию среды, острая гнойная – кислая ($pH < 7$), а хронизация раны сопровождается сдвигом pH в сторону алкалоза ($pH > 7$). Оптимальная активность фибробластов была обнаруживается при pH от 6,9 до 7,8, а эпителиоцитов в кислой среде ($pH < 7,0$) [1, 3, 4].

Литературные данные, посвященные этому вопросу противоречивы.

Целью нашей работы было изучение состояния pH раневой и околораневой поверхности у больных с гнойными заболеваниями мягких тканей на фоне сахарного диабета в зависимости от стадии раневого процесса.

Материалы и методы: Значения pH раневой и околораневой поверхности нами изучены у пациентов с гнойными заболеваниями мягких тканей на разных стадиях раневого процесса. Кроме того нами выполнена pH-метрия кожи и у 50 здоровых добровольцев.

Все больные были подразделены на две клинические группы: больные с гнойными ранами без сахарного диабета. И пациенты с аналогичными ранами на фоне сахарного диабета. Пациенты обеих групп рассматривались нами в зависимости от преобладающей стадии раневого процесса: I стадия (экссудации), II стадия (грануляции), III стадия (эпителизации).

Результаты исследования. В результате проведенного исследования выявлено, что pH кожи у здоровых людей в области средней трети голени составил $5,38 \pm 0,09$ (таблица 1).

Вместе с тем, при сравнении значений водородного показателя в исследуемых точках второй и третьей клинических групп отмечены некоторые различия. Наиболее кислой оказалась реакция поверхности кожи в паравульнарной зоне у больных 2 клинической группы. На раневой поверхности выявлен статистически достоверный сдвиг в щелочную сторону. Кислотность паравульнарной зоны у пациентов третьей группы была несколько меньшей по сравнению с первой и третьей группами. Наиболее выраженный сдвиг в щелочную сторону выявлен на раневой поверхности у пациентов третьей группы.

Таблица 1

Уровень pH кожи в норме и при гнойных заболеваниях мягких тканей сразу после хирургического лечения

Исследуемые группы (n-количество пациентов)	Зоны определения pH	Значение pH (M $\pm$ m)
Здоровые (n=50)	Средняя треть голени	$5,38 \pm 0,09$
Больные с ГЗМК (n=36)	Раневая поверхность	$7,29 \pm 0,12^*$
	Паравульнарная зона	$5,25 \pm 0,097^*$
Больные с ГЗМК на фоне сахарного диабета (n=28)	Раневая поверхность	$8,29 \pm 0,12^*$
	Паравульнарная зона	$6,18 \pm 0,17^*$

* $P < 0,01$ (по сравнению с группой здоровых пациентов)

При изучении значений водородного показателя у пациентов второй группы оказалось, что по мере заживления уровень pH раневой поверхности достоверно снижается (таблица 2).

Таблица 2

Уровень pH раневой поверхности и паравульнарной зоны на различных стадиях раневого процесса во 2 группе

Стадия раневого процесса (n-количество пациентов)	Зона измерений pH	Значения pH (M $\pm$ m)
Стадия экссудации (n=36)	Паравульнарная зона	$5,36 \pm 0,13$
	Раневая поверхность	$7,27 \pm 0,12^*$
Стадия грануляции (n=36)	Паравульнарная зона	$5,73 \pm 0,08$
	Раневая поверхность	$6,76 \pm 0,11^{**}$
Стадия эпителизации (n=36)	Паравульнарная зона	$5,35 \pm 0,13$
	Раневая поверхность	$6,02 \pm 0,17^{***}$

* и *** (значения pH раневой поверхности в I и III стадиях) - $p < 0,01$

** и *** (значения pH раневой поверхности во II и III стадиях) - $p < 0,01$

В третьей клинической группе выявлено, что щелочная реакция была максимальной в фазу экссудации. При переходе раневого процесса во 2 фазу, реакция остается щелочной и остается таковой и в 3 фазу, достоверно отличаясь от соответствующих показателей пациентов 2 группы (таблица 3).

Таблица 3

Уровень pH раневой поверхности и паравульнарной зоны на различных стадиях раневого процесса в 3 группе

Стадия раневого процесса (n-количество пациентов)	Зона измерений pH	Значения pH (M $\pm$ m)
Стадия экссудации (n=28)	Паравульнарная зона	$6,36 \pm 0,13$
	Раневая поверхность	$9,2 \pm 0,14^*$
Стадия грануляции (n=28)	Паравульнарная зона	$6,12 \pm 0,08$
	Раневая поверхность	$8,76 \pm 0,11^{**}$
Стадия эпителизации (n=18)	Паравульнарная зона	$5,86 \pm 0,13$
	Раневая поверхность	$8,02 \pm 0,17^{***}$

* и *** (значения pH раневой поверхности в I и III стадиях) - $p < 0,01$

** и *** (значения pH раневой поверхности во II и III стадиях) - $p < 0,01$

Результаты работы показали, что у здоровых лиц имеет место кислая среда на поверхности кожи. В гнойной ране сразу после хирургического лечения и в течение первой фазы раневого процесса преобладает щелочная среда. По мере очищения раны и появления признаков заживления pH изменяется в кислую сторону, приближаясь к значению неповрежденной кожи в конце третьей фазы, что совпадает с большинством литературных данных.

У больных сахарным диабетом отмечается более выраженное защелачивание раны, сохраняющееся во всех стадиях раневого процесса. По нашему мнению, более щелочная реакция среды раневой поверхности у больных с сахарным диабетом свидетельствует о снижении защитных свойств кожных покровов и, возможно, увеличивает длительность раневого процесса, а также способствует развитию осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Богданец Л.И., Девярых Е.А., Пашкин И.И. и др. Роль pH среды в заживлении венозных трофических язв //Международный хирургический конгресс. Новые технологии в хирургии. Сборник научных трудов. Ростов-на-Дону, 2005, С.265
2. Внутренняя картина болезни при сахарном диабете 1 / П.И. Сидоров, И.А. Новикова, А.Г. Соловьёва, Н.Н. Мулькова // Пробл. эндокринологии. – 2004. – № 3. – С. 3 - 6.
3. Дедов И.И. Основные задачи здравоохранения по выполнению Сент-Винсентской декларации, направленной на улучшение качества лечебно-профилактической помощи больным сахарным диабетом / И.И. Дедов, М.Б. Анциферов // Пробл. эндокринологии. – 1992. - № 1. – С. 4 - 11.
4. Detection of microcirculatory impairment in diabetic patients with foot at risk / S. Zimny, F. Dessel, M. Ehren et. al. // Diabetes Care. – 2001. – V. 24. – P. 1810-1814.

УДК 615.15: 616-08: 303.4

МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОМПЛАЕНТНОСТИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Ляшкова Т. И., Осетрова И. Л.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра управления и экономики фармации

Научный руководитель: д.ф.н., проф. Овод А. И.

В настоящее время наблюдается рост заболеваемости всего общества в целом. Проводимая специалистами фармакотерапия часто оказывается неэффективной, что часто связано с нерациональным использованием лекарственных средств (ЛС). Этот факт снижает терапевтический эффект и безопасность лечения, приводит к неоптимальному использованию ограниченных финансовых средств.

Во многих случаях результат лечения заболевания зависит от действий пациента: соблюдение режима лечения, выполнение рекомендаций врача. Такая форма согласия между врачом и пациентом, его приверженность к лечению называют комплаентностью (compliance) [2,4].

Несоблюдение лекарственного режима пациентами стало широко распространенным явлением и причиной частых рецидивов, приводящих к снижению результатов лечения. Важно знать отношение пациента к своему здоровью, чтобы уметь правильно построить технологию отношений как между пациентом и врачом, так и провизором, воспитывать у пациента приверженность к лечению, правильному применению ЛС, уметь вырабатывать совместные действия по выявлению и предотвращению возможных проблем фармакотерапии [1,3]. В связи с этим актуальным направлением для разработки методов повышения уровня комплаентности является проведение медико-социологических исследований

Данное социологическое исследование осуществлялось среди студентов и сотрудников КГМУ в 2008 г. по специально разработанной анкете.

В анкетировании принимали участие 57 человек в возрасте от 15 до 25 лет: преимущественно девушки (75,4%), проживающие в городе (93%).

Результаты исследования показали, что почти половина респондентов (49,1%) удовлетворительно оценивают собственное здоровье, возможно, это связано с субъективными ощущениями анкетированных (усталость, сонливость, слабость) или имеются какие-то хронические заболевания; хорошим находят свое здоровье 47,4% респондентов, а очень хорошим и плохим оценивают равное количество людей (по 1,8%).

Выявлено, что при легком недомогании основная масса респондентов покупают ЛС самостоятельно (46%), или же обращаются за советом к знакомым и родным, что, конечно, оказывает отрицательное влияние на рациональное использование лекарственных препаратов.

К врачу в ЛПУ обращается лишь 2,6% респондентов, связывая такое поведение с нехваткой времени на посещение ЛПУ (17,1%), недостаточностью времени (15,1%), большими очередями в поликлиниках (11%), у некоторых возникают отрицательные эмоции при посещении медицинских учреждений (8,2%), одинаковые доли опрошенных считают, что врачи не уделяют недостаточного пациентам и недостаточно квалифицированы (по 4,8%).

Результаты исследования показали, что в случае заболевания значительная часть опрошенных продолжают ходить на работу или занятая -58%, только 7% берут листок нетрудоспособности.

В ходе опроса установлено, что после посещения врача приобретают все назначенные препараты только половина анкетированных (49,1%) 43,9% респондентов признают, что покупают не все назначенные ЛС, менее десяти процентов приобретают их по мере возможности (7%). При этом за советом к провизору за дополнительной информацией обращаются лишь 28,1% пациентов, другие не обращаются вовсе (36,8%) или обращаются, но иногда (35,1%), такое же количество пациентов неудовлетворены объемом предоставляемой информации, половина респондентов находят ее недостаточно полной и лишь 14% удовлетворяет предоставляемая информация аптечным работником. Возможно, это связано с тем, что провизоры в недостаточной степени квалифицированы или же респонденты предъявляют завышенные требования к медицинским работникам.

Для более половины опрошенных (61,4%) не имеет значения, какая форма (отечественная или зарубежная) является производителем ЛС, отечественным производителям доверяют 15,8% респондентов, а примерно пятая часть (22,8%) все-таки отдадут предпочтение зарубежным фирмам.

Положительным явлением в процессе лечения является то, что 65,5% пациентов лечатся согласно назначенной схеме, 31% - до улучшения самочувствия, и лишь 3,5% лечатся один день, причем эти ответы были получены от лиц мужского пола, которые надеются, что все пройдет самостоятельно.

В ходе исследования мы столкнулись с интересным фактом: некоторые граждане довольствуются только аннотацией к лекарству (37,3%), другие дополнительно ищут информацию о назначенном ЛС в журналах, Интернете (32%), на мнение врача полагаются только 17,3% респондентов, к провизору и другим специалистам обращаются только 4,0% и 9,3% соответственно.

Значительная доля (80,7%) анкетированных считают, что врач не предоставляет полную информацию о лекарственной терапии. Кроме того, половина опрошенных (55%) возлагает на врача ответственность; за разъяснения правил приема, хранения и взаимодействия ЛС, примерно третья часть респондентов (36,7%) считают это обязанностью провизора, а 8,3% полагаются только на себя.

На условия хранения ЛП более десяти процентов респондентов не обращают внимание (13,6%), но положительным является тот факт, что примерно половина опрошенных (47,4%) стараются придерживаться требований, предъявляемым к хранению ЛС в домашних условиях.

Более половины респондентов 55,2% согласны с тем, что назначение врачом нескольких ЛП ухудшает режим приема лекарств, остальные респонденты в равной степени (22,4%) считают, что этот фактор влияет незначительно или совсем не влияет на процесс лечения.

Также опрошенные отметили, что, если бы упаковки ЛС имели дополнительные надписи такие, как фамилия пациента, наименование ЛП, его дозировка, правила приема, то это улучшило соблюдение режима лечения или незначительно повлияло (по 38,6%); но пятая часть респондентов (22,8%) не видят в этом необходимости.

Доминирующая доля респондентов (71,9%) отмечает, что существенное влияние на режим приема оказывает вид лекарственной формы препарата.

Также важным фактом является то, что более половины анкетированных (63,2%) считают, что на соблюдение лекарственного режима влияет уровень образования человека.

Изучение факторов, влияющих на покупку ЛС, показало, респонденты (30,8%) покупают назначенные ЛС, полностью полагаясь на врача; 22,2% опрошенных руководствуются высокой терапевтической эффективностью назначенного ЛС. Для 13,7% респондентов значимое влияние оказывает цена, в равной степени (по 12,8%) анкетированные отмечали влияние на покупку ЛС совета провизора и незначительные побочные эффекты, и менее десяти процентов опрошенных (7,7%) руководствуются советом родственников и знакомых.

Преимущественная доля респондентов отметила, что врачи не учитывают их социальный статус и уровень жизни, назначая дорогостоящие препараты (49,1%); но примерно третья часть (33,3%), считают, что врач учитывает их материальное положение остальные (17,6%) просто об этом не задумываются или не обращают внимания на данный факт.

Выявлено, что при возникновении проблем с назначенными ЛС, к лечащему врачу обращаются 56,3% респондентов, к аптечному работнику - 21,9%, к знакомым и родственникам - 9,4%, другие предпочитают найти информацию в Интернете (7,9%) или в специальной медицинской литературе (4,5%).

В ходе опроса был задан вопрос, как они поступают в том случае, если в период лечения забывают принять назначенные препараты. При анализе ответов респондентов прослеживается положительная тенденция: 50,9% ответили, что примут ЛП позже, но в этот же день, 10,5% - будут принимать на следующий день, а 38,6% пациентов не обратят на это внимание и продолжат лечение по схеме.

Сознательность пациентов прослеживается и в отказе от продуктов питания, которые не рекомендовано употреблять во время лечения (54,4%), так как может измениться эффективность и безопасность фармакотерапии, 43,9% респондентов ограничат их употребление, и только 1,7% просто не будут обращать на это внимание.

Особенно интересными являются ответы о прекращении приема лекарств: значительная доля (59,6%) принимают ЛП до конца лечения; 21,0% все-таки прекращают прием после улучшения самочувствия, 19,1% поступают так иногда.

Соблюдение лекарственного режима является залогом эффективного лечения. Мы попытались выяснить, для кого, по мнению респондентов, соблюдение лекарственного режима наиболее важно. Так основная доля респондентов ответила (85,9%), что это важно для всей семьи, 12,3% - для маленьких детей, и лишь 1,8% респондентов сказали, что это необходимо для пожилых людей.

При болезни родственников респонденты стараются по возможности следить за режимом приема лекарств 56,1%, всегда следят - 22,8%, а иногда следят - 5,3%, и настораживает тот факт, что 15,8% не делают этого вовсе.

Выводы. В результате исследования выявлено, что значительная доля опрошенных 58,0% ходят на работу при возникновении заболевания и менее десяти процентов (7%) берут листок нетрудоспособности; но при возникновении проблем с назначенными ЛС к лечащему врачу обратились бы 56,3%, несмотря на то, что у них нет времени на его посещение, наличие очередей в ЛПУ и т.д. Такие противоречивые ответы можно объяснить тем, что примерно 93% опрошенных являются медицинскими работниками или получающие соответствующее образования, поэтому актуальным является проведение данного исследования среди категорий других групп населения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аведисова А. С., Бородин В.И. От некомплаенса к отказу от психофармакотерапии // Психиатрия и психофармакотерапия. -2005. Т. 7.-№6. – С. 316- 318/
2. Гуревич К.Г. COMPLAINT больных, получающих гипотензивную терапию // Качественная клиническая практика.- 2003.-№4.- С. 53-58.
3. Лапин И.П. Личность и лекарство. Введение в психологию фармакотерапии. - СПб., Изд-во «Деан», 2001. - 416с.
4. Насонова В. Адекватность терапии и сотрудничество врача и больного - два неотъемлемых компонента благополучного исхода красной волчанки // Врач. -2005.- №8- С. 13-19/

УДК 616 - 053.7 - 02: 613.84

МОНИТОРИНГ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА У ПОДРОСТКОВ

Мазур Ю. Е., Ильенкова О. С.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра физиологии
МОУ СОШ № 149*

Научные руководители: д.м.н., проф. Савченков Ю. И., учитель школы № 149 Легостаева В. А.

В настоящее время в России широко распространено табакокурение, курит более половины взрослого населения и существует тенденция к росту числа курящих. Известно, что зависимость от никотина развивается преимущественно в молодости, наиболее важной аудиторией для проведения профилактических программ являются подростки и молодежь.

По данным Центра мониторинга вредных привычек среди детей и подростков ЦНИИ организации и информации МЗ РФ, уровень распространенности курения среди подростков-школьников в целом по России за период 1991-1999 г. увеличился на 10,6%, отмечается рост числа подростков, курящих ежедневно.

Наиболее выраженное негативное влияние на орган человека оказывает активное курение, начатое в детском возрасте. В настоящее время в США курят сигареты 3,3 млн подростков в возрасте от 12 до 18 лет. Данные литературы свидетельствуют о нарастании числа курящих в детской популяции. В Бельгии 50% подростков в возрасте 15 лет становятся курильщиками, а в Италии этот показатель достигает 60%. В Венгрии число 18-летних курильщиков составляет 44%. Анонимное анкетирование школьников г.Владимира показало, что среди 13-летних подростков курящих - 48,8%, к 16 годам их становится 66,2%, а в возрасте 18 лет – более 75%.

Среди курящих подростков достоверно чаще встречаются жалобы со стороны сердечно-сосудистой, пищеварительной и нервной систем. Они становятся раздражительными, вспыльчивыми, плохо спят, появляется рассеянность, ослабевает внимание, нарушается память и умственная деятельность. Особая вредность курения подростков объясняется еще и тем, что стремясь скрыть свой порок от родителей и учителей, они курят тайком, торопливо затягиваясь табачным дымом. В таких условиях в табачный дым переходит большее количество вредных веществ, кроме того, при медленном сгорании табака в дым переходит 20% никотина, а при быстром – свыше 40%.

Известно, что курение ребенком, подростком табака, во многом зависит от курящих окружающих взрослых людей, поскольку стремится познать вкус табака. Постепенно появляются приятные ощущения от выкуренной сигареты, это приводит к их увеличению. Подросток чувствует себя удовлетворенным, так как сумел преодолеть барьер, отделяющий его от взрослого. В настоящее время Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определила необходимость проведения мониторинга динамики курения, болезней связанных с ним, среди подростков.

Целью работы является: Оценить степень потребления табака с проведением анализа распространенности курения у подростков

Задачи исследования:

1. Изучить характеристику потребителей табака в возрастных группах и провести сравнительный анализ мониторинга потребления табака среди подростков 11-12, 14-15, 16-17 лет.
2. Провести оценку возраста начала курения подростков и место приобретения табачных изделий
3. Оценить распространенность курения среди подростков в изучаемой популяции

Материалы и методы исследования: Критерии включения: ученики – подростки 11-12 лет (n-100), 13-14 лет (n-96), 16-17 лет (n-92), добровольное согласие подростка на участие в наблюдении. Критерии исключения: возраст младше 11 лет и старше 17 лет, отсутствие добровольного согласия подростка от участия в исследовании, участие в другой исследовательской программе. Методики: заполнение единой анкеты рекомендуемой ВОЗ, расчет распространенности курения в исследуемой популяции, создание компьютерной базы данных, статистическая обработка полученного материала с помощью прикладной программы Statistica 6.0.

Результаты исследования: Проведено обследование 288 подростков в трех возрастных категориях 11-12 лет – 100 человек (34,7%), 13-14 лет – 96 человек (33,3%), 16-17 лет -92 подростка (31,9%). Изучена характеристика потребителей табака в исследуемых возрастных группах подростков. Выявлено, что наибольшее количество «курильщиков» в возрасте 16-17 лет – 75 (81,5%), из них «заядлых курильщиков» - 22 (29,3%), «курильщиков от случая к случаю» -28 (37,3%). На втором месте, подростки 13-14 лет количество «курильщиков» составляет – 46 (47,9%), из них «заядлых курильщиков» - 4 (8,7%), «курильщиков от случая к случаю» -12 (26,0%). На третьем, дети 11-12 лет количество «курильщиков» зарегистрировано – 11 (11,0%), отсутствуют «заядлые курильщики» и, «курильщики от случая к случаю» составляют 28 (37,3%) . (табл. 1)

Таблица 1

Сравнительная характеристика потребителей табака

Группы	Подростки		
	11-12 лет (n-100)	13-14 лет (n-96)	16-17 лет (n-92)
1. Курильщики	11 (11%)	46 (47,9%)*	75 (81,5%)*
1.1. Заядлые курильщики	0	4 (8,7%)	22 (29,3%)*
1.2. Курильщики от случая к случаю	4 (36,3%)	12(26,0%)	28(37,3%)
2. Некурящие	89 (89,0%)	50 (52%)	17(18,5%)
2.1. Бывшие курильщики	3(3,4%)	12(24%)	17 (100%)
2.2. Никогда некурявшие	86(86%)	38(76%)	0

Анализ числа некурящих подростков максимальный был в группе 11-12 лет – 89 (89%), из них «бывшие курильщики» 3 (3,4%) и «никогда некурявшие» - 86 (86%). На втором месте подростки 13-14 лет – число некурящих составило 50 (52%), из них «бывших курильщиков» уже больше и составляет 12 человек (24%) и «никогда некурявших» - 38 (76%). На третьем месте подростки 16-17 лет – число некурящих составило значительно меньше 17 (18,5%), из них все «бывшие курильщики» - 17 человек (100%) и отсутствие респондентов в группе «никогда некурявших»

Проведена оценка возраста начала курения подростков, ответили на данный вопрос 114 исследуемых. Выявлено, что первая попытка отмечалась с 5 лет у 1 подростка (0,87%), от общего числа, ответивших на данный вопрос. В дошкольном возрасте (с 5 до 6 лет) начали курить 4 человека (3,5%), в младшем школьном возрасте -27 подростков (23,7%) и в старшем школьном возрасте - 83 человека (72,8%).

Анализ «распространенности курения» среди подростков является значимым показателем и определяющим для профилактических мероприятий, поскольку объективно отражает проблему табакокурения среди подростков. Распространенность курения в данной популяции составила – 45,8%.

Выводы:

1. Доказано, что 11% курильщиков появляется уже в возрасте 11-12 лет, к 13-14 годам их количество увеличивается в 4,4 раза ($p<0,05$), а к 16-17 годам в 7,4 раза ($p<0,05$).
2. Выявлено, что дети начинают курить с 5-летнего возраста, и большая часть 83 человека (72,8%) в подростковом возрасте.

3. Выявлена распространенность курения в данной популяции составила – 45,8%

Возможная область применения.

1. Полученные данные мониторинга потребления табака среди подростков, являются социально значимыми и могут быть обоснованием для планирования целенаправленной профилактической работы и уменьшению курения в образовательных учреждениях.

2. Выявленные возрастные «группы риска» по максимальному потреблению табака могут использоваться медицинскими работниками для принятия верных стратегических решений по контролю за состоянием здоровья детей.

Планы дальнейшей работы:

1. Провести проспективное наблюдение за подростками в исследуемых группах
2. Организовать работу по профилактике табакокурения среди детей и подростков
3. Провести мониторинг состояния здоровья по анкете Хорна «Насколько вы зависимы от никотина»

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Геппе Н.А. Профилактика табакокурения среди детей и подростков: Руководство для врачей Н.А. Геппе, А.Б.Малахов, О.В.Шарапова, Н.В.Саввина и др.; -ГЭОТАР-Медиа, 2008.-144 с.
2. Зелинская,Д.И. Задачи органов здравоохранения по снижению заболеваемости и смертности при бронхолегочной патологии в детском возрасте/ Д.И. Зелинская // Педиатрия.-2000.-№1.-С.3-5.
3. ВОЗ Всемирный день без табака 2007. http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2007/wntd_07_brochure_ru.pdf.

УДК 611.08

АНТИОКСИДАНТНЫЕ И МЕМБРАНОТРОПНЫЕ СВОЙСТВА ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ

Мазурова О. А.

*Красноярский государственный педагогический университет им. В. П. Астафьева
Кафедра химии*

Научный руководитель: д.б.н., проф. Лесовская М. И.

По мнению некоторых исследователей, генетический потенциал продолжительности жизни составляет 120 – 140 лет [3]. Тем не менее, в настоящее время во всем мире можно насчитать лишь пять народностей, представители которых доживают до возраста 120 – 140 лет. Результаты химических и биологических исследований показывают, что продолжительность жизни значительно сокращается при дефиците питательных веществ. Алиментарный дисбаланс является одной из важнейших причин многих заболеваний, включая болезни печени [2].

Печень на протяжении всей жизни испытывает высокие нагрузки. Нарушения питания, вредные привычки, стрессы, применение лекарств неизбежно сказываются на ее состоянии, заставляя работать в режиме перегрузки. На печень отрицательно влияют и многие заболевания, в первую очередь сердечно-сосудистые, изменяющие кровоснабжение и окислительный статус тканей [2]. Для защиты печени применяют гепатопротекторы (от греческого *hepar* – печень и *protection* – защита), которые повышают устойчивость органа к различным воздействиям и повреждениям [1]. К гепатопротекторам относятся тиоктовая (липовая) кислота, подавляющая перекисное окисление липидов; силибинин, получаемый из плодов растения расторопши пятнистой; комбинированные препараты, содержащие вещества растительного и животного происхождения [5]. Поскольку работоспособность печени зависит от целостности мембран гепатоцитов, то эффективность гепатопротекторов напрямую зависит от их способности противостоять свободнорадикальным процессам [4] и мембранотропной активности

Целью работы являлось исследование антиоксидантных и мембранотропных свойств гепатопротекторов растительного и животного происхождения.

Задачи исследования включали сравнительный анализ антиоксидантных свойств гепатопротекторов с помощью аппаратного комплекса «Биохемилюминетр 3606 – М».

Объектами исследования являлись 0,1%, 0,01% и 0,001%-ные водные растворы коммерческих гепатопротекторов на основе природных компонентов: «Карсил» (АО «Софарма», Болгария, г. София), «Лецитин», «Фитосорбвит» и «Хепар Формула» («Артлайф», г. Томск). «Карсил» (силимарин, 10 %) является высокоочищенной смесью флавонолигнанов, выделенных из растения *Silybum marianum* (силибин, дигидросилибин, силидианил и скликриетин). В состав «Лецитина» входят фосфолипиды, инозитол ($\omega=0,25\%$), холин ($\omega=0,25\%$). «Хепар формула» включает лецитин ($\omega=0,75\%$), холин ($\omega=0,50\%$), инозитол ($\omega=0,50\%$), L-метионин ($\omega=0,25\%$), витамин В6 ($\omega=0,075\%$), а также сухие экстракты чертополоха молочного ($\omega=0,54\%$), куркумы ($\omega=0,54\%$), артишока иерусалимского ($\omega=0,54\%$) чертополоха благословенного ($\omega=0,54\%$), магонии дикой ($\omega=0,54\%$). «Фитосорбвит» представляет собой микрокристаллическую целлюлозу ($\omega=6\%$), полисорбвит ($\omega=5\%$), экстракт свёклы ($\omega=2\%$), пажиты ($\omega=0,5\%$), плодов шиповника майского ($\omega=0,5\%$), листа сенны ($\omega=0,17\%$), лактобактерий ($\omega=0,25\%$).

Для оценки антиоксидантных (АО) свойств использовали Фентон-модель, для оценки мембранотропных свойств – липосомную модель [6]. Фентон-модель представляла собой смесь 100 мкл люминола, 50 мкл перекиси водорода, 50 мкл раствора FeSO_4 . Контролем служил уровень свободных радикалов (СР), в частности $\text{OH}^\bullet$, образованных при каталитическом распаде пероксида водорода. Количество свободных радикалов определяли с помощью люминол-зависимого хемилюминесцентного анализа. Снижение или повышение интенсивности продукции СР указывало на антиоксидантную (АО) либо прооксидантную (ПО) активность тестируемых препаратов.

Липосомная модель представляла собой эмульсию прямого типа, приготовленную на основе фосфолипидов куриного желтка дисперсионным методом с использованием многократного замораживания и размораживания смеси [6]. Контролем служила динамика оптической плотности суспензии в ходе осмотического стресса под влиянием 0,04 н. соляной кислоты. Повышение оптической плотности в присутствии тестируемых препаратов позволяло судить об их мембранотропной активности; более резкое, чем в контроле, падение оптической плотности давало основания считать их антагонистами. В работе использовали однолучевой электронный фотоэлектроколориметр КФК-3-01, оптическую плотность суспензии измеряли при длине волны 540 нм в течение 4,5 мин с 15-секундным интервалом.

В ходе проведенных экспериментов было установлено, что антиоксидантной активностью в различной степени обладали все исследованные гепатопротекторы. Наибольший эффект тушения хемилюминесценции (ХЛ) наблюдался под влиянием «Лецитина» (рис. 1б) во всех рассмотренных концентрациях (0,001 – 0,1%), наименьший – под влиянием «Фитосорбовита» (рис. 1в). Можно предположить, что антиоксидантные эффекты «Карсила» (рис. 1а) и «Хепар формулы» (рис. 1г) в большой мере обусловлены присутствием в их составе лецитина. Из всех препаратов только «Карсил» характеризуется концентрационной зависимостью «доза/эффект»; у остальных препаратов наблюдается тенденция к проявлению регуляторного влияния, поскольку эффекты средних доз превышали эффекты максимальных.

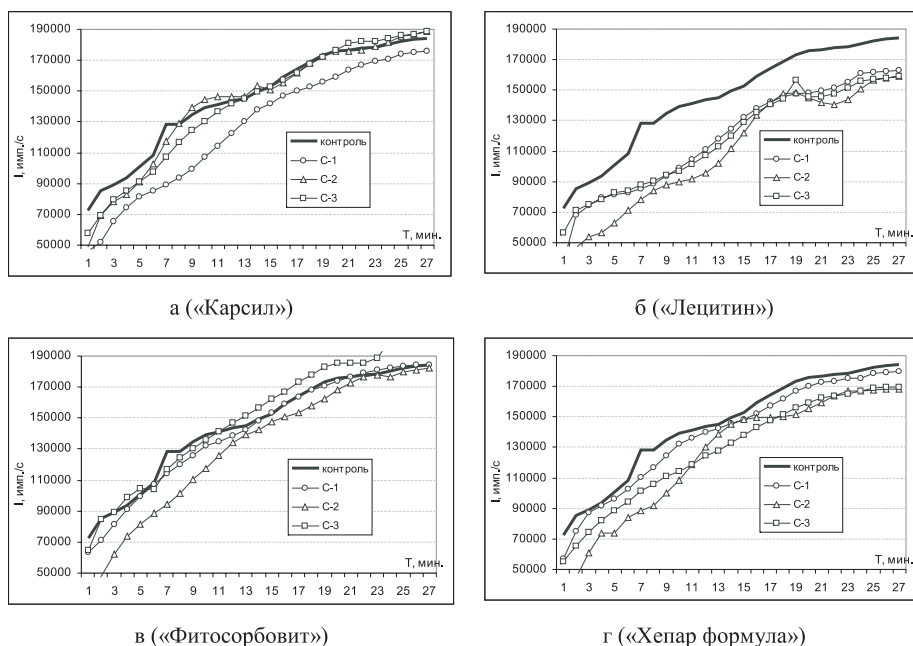


Рис. 1. – Тушение хемилюминесценции под влиянием различных концентраций гепатопротекторов (0,001% – С-1, 0,01% – С-2, 0,1% – С-3); а – г – пояснения в тексте

Для ответа на вопрос о механизме обнаруженных эффектов были исследованы мембранозащитные свойства препаратов с использованием липосом, моделирующих свойства клеточных мембран.

Судя по полученным результатам, максимальным мембранозащитным эффектом обладал «Лецитин» (рис. 2б), что и следовало ожидать, исходя из его химической природы. Тем не менее, у лецитинсодержащего препарата «Карсил» мембранотропный эффект соответствовал минимальной концентрации. Следовательно, это влияние реализуется не по концентрационному, а по регуляторному механизму. У другого лецитинсодержащего препарата – «Хепар формулы» – выраженного мембранозащитного эффекта обнаружить не удалось (рис. 2г).

Препарат «Фитосорбовит» не содержит лецитина, тем не менее, под его влиянием стойкость мембран к осмотическому стрессу повышалась (рис. 2в). Этот эффект был пропорционален концентрации данного препарата, поэтому скорее всего регуляторный эффект в данном случае отсутствует.

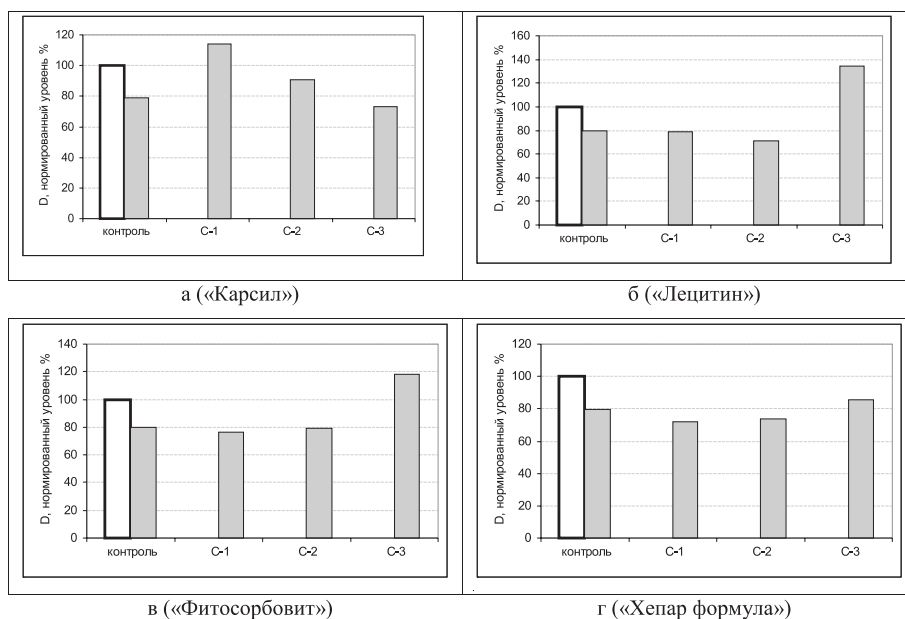


Рис. 2. – Мембранотропное влияние различных концентраций гепатопротекторов на осмотическую устойчивость липосом (0,001% – С-1, 0,01% – С-2, 0,1% – С-3); а – г – пояснения в тексте

Таким образом, на основе проведенных исследований можно заключить следующее.

1. Антиоксидантные эффект «Карсила» и «Хепар формулы» обусловлены наличием в их составе лецитина, антирадикальные эффекты которого по данным хемилюминесцентного анализа были максимальными.
2. «Фитосорбвит» обладает слабой антиоксидантной активностью не зависимо от используемой концентрации.
3. Сильные мембранозащитные эффекты выявлены у «Лецитина» и «Карсила». Однако механизм защитного действия «Лецитина» – концентрационный, а у «Карсила» – регуляторный.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамова Ж.И., Оксенгендлер Г.И. Человек и противокислительные вещества. – Л: Наука, 1985 – 230 с.
2. Ажунова Т.А. Повреждения печени и их фармакотерапия/ Т.А. Ажунова. // АН СССР, Улан-Удэ, - 1991 – 99 с.
3. Алешин С.Н. Биологически активные добавки: вызывает ли прием БАД зависимость? / С.Н. Алешин / Ортомолекулярная медицина. – 2002. – 9 с.
4. Владимиров, Ю.А. Свободные радикалы в биологических системах / Ю.А. Владимиров // СОЖ. – 2000. – №10. – С. 33 – 39.
5. Дмитриев Л.Ф., Давлетина Л.Н., Иванов И.И. Взаимосвязь окислительного фосфорилирования и перекисного окисления липидов // Биологические мембраны – 1985. – Т.2. №8. – С. 795 – 799.
6. Лесовская, М.И., Колесецкая Г.И., Спиридонова М.С. НОУ-ХАУ. – Красноярск: РИО ГОУ ВПО КГПУ им. В.П. Астафьева, 2006. – С. 67 – 69.

УДК 616.728.2– 089.2–085.825.6

СОСТОЯНИЕ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Макаревич Т. А.

*Белорусский государственный медицинский университет
Кафедра медицинской реабилитации и физиотерапии*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Каленчиц Т. И.

Эндопротезирование тазобедренного сустава – вмешательство, имеющее большую распространенность и высокую социально-экономическую значимость во всем мире. Наряду с анализом эффективности оперативного лечения становится необходимым поиск достоверных методов оценки состояния жизнедеятельности у больных после эндопротезирования. В Беларуси количество операций по эндопротезированию крупных суставов в 2007 году возросло по сравнению с 2006 годом в 1,4 раза, при этом количество операций по замене тазобедренных суставов – на 37% [1], что не может не говорить об актуальности данной проблемы на сегодняшний день. Оценка функционального состояния больных с заболеваниями суставов, включающая угломерию, силу мышц, ходьбу, степень выраженности боли достаточно известна. Методики исследования жизнедеятельности у этой категории больных менее исследованы и находят меньшее применение в врачебной практике, что и послужило поводом для объекта настоящего исследования.

Эндопротезирование – это метод замещения суставов сложной конструкцией из металла, керамики, особо прочной пластмассы [1]. К оперативному лечению прибегают в случае разрушения суставных поверхностей, когда движения становятся ограниченными и/или возникают сильные боли. При дегенеративных поражениях тазобедренных суставов у больных страдает передвижение, самообслуживание, способность к трудовой деятельности. Даже, невзирая на проведенное оперативное лечение, больные могут оставаться инвалидами [3].

В связи с этим нами было проведено обследование 12 больных травматологических отделений 6 ГКБ города Минска и 26 больных Республиканской реабилитационной клиники, в том числе 11 мужчин и 27 женщин в возрасте 37 – 82 лет. Замена тазобедренных суставов была проведена по показаниям вследствие различных врожденных и приобретенных заболеваний. Сроки начала реабилитации с момента проведения операции составили от 1 месяца до 1 года. С целью оценки выраженности нарушенных функций, а также с целью оценки качества проведенной реабилитации был установлен функциональный класс тяжести (ФК) до и после проведенного лечения по параметрам мобильности и самообслуживания.

Мобильность оценивалась по следующим критериям:

- ✓ расстояние, на которое больной способен перемещаться (отправная точка – постель),
- ✓ темп передвижения и характер походки,
- ✓ возможность использования медико-технических средств для компенсации нарушений передвижения,
- ✓ необходимость посторонней помощи при передвижении,
- ✓ возможность использования транспорта (общественного и личного) [2].

Самообслуживание оценивалось по нижеперечисленным параметрам:

- ✓ нуждаемость в посторонней помощи и уходе при удовлетворении регулируемых или нерегулируемых потребностей,
- ✓ интервалы, через которые возникает такая нуждаемость,
- ✓ возможность коррекции с помощью вспомогательных средств и адаптации помещения [2].

Программа медицинской реабилитации для каждого больного включала активную и пассивную кинезотерапию, электростимуляцию, массаж, магнитотерапию, фонофорез лекарственных препаратов.

При поступлении в стационар по состоянию мобильности больные распределялись следующим образом: I ФК – 3%, II ФК – 16%, III ФК – 55%, IV ФК – 26%.

По способности к самообслуживанию больные распределялись несколько иначе: 0 ФК – 5%, I ФК – 24%, II ФК – 7%, III ФК – 32%, IV ФК – 32%.

После курса реабилитации мобильность улучшилась у 77% больных, самообслуживание – у 58% пациентов. Однако у той группы пациентов, у которой не было выявлено изменений ФК после курса реабилитации, все же произошли существенные улучшения в пределах ФК.

При изменении категории жизнедеятельности на 1 ФК эффективность реабилитации оценивалась в 1 балл. У части пациентов улучшение произошло на 2 балла, а у части – на 1 балл. Общее количество пациентов с улучшением мобильности на 2 балла составило 16%, а количество пациентов с улучшением на 1 балл – 61%. Результаты после реабилитации представлены на рисунке 1.

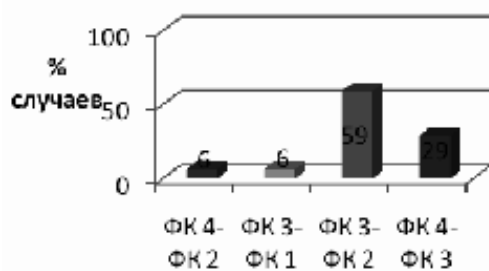


Рис. 1. – Изменение мобильности после курса реабилитации

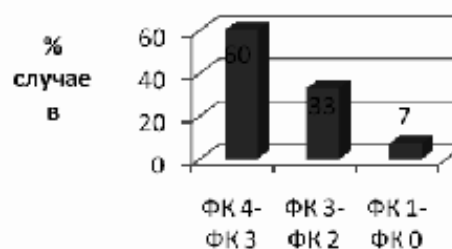


Рис. 2. – Изменение самообслуживания после курса реабилитации

Улучшение самообслуживания на 1 балл наблюдалось у 53% больных, улучшение на 2 балла – у 8% пациентов. Наглядные результаты представляет рисунок 2.

В результате проделанной работы было доказано, что в процессе реабилитации больных после эндопротезирования ТБС в стационаре мобильность и самообслуживание улучшаются. Уменьшение нарушений жизнедеятельности является необходимым условием повышения качества жизни этой категории больных и возможного снижения инвалидности.

Выводы:

1. После эндопротезирования тазобедренных суставов больные нуждаются в дальнейшей реабилитации для восстановления жизнедеятельности.
2. После курса реабилитации больных в разные сроки после эндопротезирования тазобедренного сустава мобильность улучшается в 77% случаев, а самообслуживание этой категории больных улучшается в 58% случаев.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Душман, Х.О. Эндопротезирование крупных суставов: материалы симпозиума с международным участием / Х.О. Душман, С.А. Крюкхан. – М., 2000. – С. 27-32.
2. Смычек, В.Б. Медико-социальная реабилитация / В.Б. Смычек, Г.Я. Хулин, В.К. Мелькаманович. – Минск: Юнипак. – 2005. – 420 с.
3. The rehabilitation of the patients with joint patalogy / S.M. Skevingtov [et al] // Soc. Sci. Med. – 1999. – Vol. 45, № 4. – P. 473-487.

УДК 616.716.8:617.52-089-059

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Максимова Ю. О.

*Красноярский государственный университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра хирургической стоматологии - челюстно-лицевой хирургии*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Чучунов А. А.

Актуальность. Стремление хирургов помочь пациенту избавиться от двух и более заболеваний одновременно за одну операцию известно давно и получило название симультанных оперативных вмешательств. При этом большинство хирургов считают, что к симультанным оперативным вмешательствам следует относить только те операции, которые выполнены одновременно на двух и более органах по поводу различных заболеваний, при которых показано оперативное лечение [].

В последние годы благодаря развитию хирургической техники, достижениями анестезиологии и реаниматологии все больше хирургов выполняют симультанные операции при диагностировании у больного одновременно двух-трех заболеваний. Такое широкое использование данного вида операций объясняется следующими обстоятельствами: во-первых, клинической значимостью – желанием быстрее избавить больного от нескольких заболеваний за одну операцию, большинстве случаев с этим мнением совпадает и желание самого больного; во-вторых, экономической целесообразностью - пребывание на больничной койке и прохождение реабилитации один раз; в-третьих, одновременным устранением патологии нескольких органов, что предотвращает опасность обострения в послеоперационном периоде их хронического течения.

Проведенный нами анализ литературы последних лет показал, что в современных источниках имеется довольно много данных по использованию симультанных оперативных вмешательств в онкологической, торако-абдоминальной, гнойно-септической общехирургической практике [], но полностью отсутствует информация по их использованию в челюстно-лицевой хирургии, что делает изучение этого вопроса актуальным.

Цель исследования: определить возможность и эффективность применения симультанных оперативных вмешательств в челюстно-лицевой хирургии.

Материалы и методы исследования. Нами был произведен анализ 38 историй болезни больных (26 мужчин и 12 женщин) с различной патологией челюстно-лицевой области, которые находились на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии ККБ № 1 в 2007 г. и которым по нашему мнению были выполнены симультанные оперативные вмешательства.

При анализе историй болезни фиксировали возраст, пол больного, группу крови, место жительства, принадлежность к социальной группе, основное и сопутствующее заболевание, основное проведенное оперативное лечение и дополнительное, результаты проведенного лечения.

Результаты проведенного исследования: Из всех изученных пациентов мужчин в возрасте до 20 лет – 2 человека, в возрасте от 21 года до 40 лет – 11 человек, от 41 года до 60 лет – 13 человек; женщин в возрасте до 20 лет – 1 человек, от 21 года до 40 лет – 3 человека, от 41 года до 60 лет – 7 человек, старше 60 лет – 1 человек. [таблица №1]

Из них мужчин с 0 (I) группой крови – 9 человек, с А (II) группой крови – 12 человек, с В (III) группой крови – 5 человек; женщин с 0 (I) группой крови – 6 человек, с А (II) группой крови – 1 человек, с В (III) группой крови – 2 человека, с АВ (IV) группой крови – 3 человека.[таблица №2]

Социальный статус исследуемых следующий: мужчины, проживающие в сельской местности – 15 человек, из них 1 человек служащий, 4 человека рабочие, 1 человек предприниматель, 9 человек относятся к числу работоспособного неработающего населения; мужчин, проживающих в городе 13 человек, из них 2 человека учащиеся, 3 человека служащие, 5 человек рабочие, 1 предприниматель, 2 человека – неработающее работоспособное население. Женщины, проживающие в сельской местности – 4 человека, из них 1 человек – служащий, 1 пенсионерка, 2 человека относятся к числу работоспособного неработающего населения, женщины, проживающие в городе – 7 человек, из них 2 человека учащиеся, 4 человека служащие, 1 человек – работоспособное неработающее население.[таблица №3]

Из всех исследуемых с диагнозом «Перелом нижней челюсти, осложненный травматическим остеомиелитом» на лечении находилось 3 мужчины, с диагнозом «Затрудненное прорезывание зубов» - 2 человека (1 мужчина, 1 женщина); с диагнозом «Ретенция зубов, нагноение костной раны» - 1 мужчина; с диагнозом «Двусторонний перелом нижней челюсти» - 5 человек (4 мужчины, 1 женщина); с диагнозом «Радикулярная киста» - 2 человека (1 мужчина, 1 женщина); с диагнозом «Хронический верхнечелюстной синусит» - 3 человека (2 мужчины, 1 женщина); с диагнозом «Двойной перелом нижней челюсти» - 2 мужчины; с диагнозом «Ретенция, дистопия зубов» - 2 женщины; с диагнозом «Остеомиелит челюсти» - 1 мужчина; с диагнозом «Перелом нижней челюсти» - 6 мужчин; с диагнозом «Обострение хронического сialаденита поднижнечелюстной слюнной железы» - 2 женщины; с диагнозом «Закрытая черепно-мозговая травма. Сотрясение головного мозга. Двусторонний перелом нижней челюсти. Перелом скуловой кости» - 1 мужчина; с диагнозом «Перелом скуловой кости» - 2 мужчины; с диагнозом «Кистогранулема челюсти» - 1 женщина; с диагнозом «Двусторонний перелом нижней челюсти со смещением. Нижнечелюстная макрогнатия» - 3 мужчины; с диагнозом «Перелом альвеолярного отростка верхней челюсти» - 1 женщина.[таблица №4]

Всем пациентам проводились различные симультанные оперативные вмешательства. Из них одновременная секвестрэктомия и хирургическая санация полости рта проведена 3 мужчинам; альвеолотомия и хирургическая санация полости рта – 1 мужчине и 1 женщине; альвеолотомия и ревизия костной раны – 1 женщине; остеосинтез и хирургическая санация полости рта – 6 мужчинам и 1 женщине; альвеолотомия, цистэктомия и хирургическая санация полости рта – 2 мужчинам и 1 женщине; гайморотомия и хирургическая санация полости рта – 2 мужчинам и 1 женщине; первичная хирургическая обработка ран лица и санация полости рта – 1 мужчине; шинирование и хирургическая санация полости рта – 2 мужчинам; удаление новообразований и хирургическая санация полости рта – 2 женщинам; экстирпация поднижнечелюстной слюнной железы и хирургическая санация полости рта – 2 женщинам; остеотомия, остеосинтез и хирургическая санация полости рта – 1 мужчине, редрессия, остеосинтез отломков, гайморотомия и хирургическая санация полости рта – 1 мужчине; пластика дефекта нижней челюсти и хирургическая санация полости рта – 1 мужчине; остеотомия и остеосинтез нижней челюсти с двух сторон – 3 мужчинам; репозиция, остеосинтез отломков и хирургическая санация полости рта – 1 мужчине и 1 женщине; ороназальная цистэктомия и цистэктомия нижней челюсти – женщине; гранулемэктомия, резекция верхушек корней и альвеолотомия, удаление зубов – 1 женщине.[таблица №5]

Выводы:

Во-первых, было достоверно установлено, что в челюстно-лицевой хирургии имеет место применение симультанных оперативных вмешательств.

В-вторых, анализ приведенных данных показал, что наиболее часто в качестве дополнительного оперативного вмешательства имела место хирургическая санация полости рта, которая проводилась у 32 больных.

В-третьих, по нашим наблюдениям, наиболее сложными по технике выполнения из симультанных оперативных вмешательств являлись 3 случая «Остеосинтеза + остеотомии нижней челюсти с двух сторон». Все остальные клинические случаи не представляли особых сложностей для оперирующих хирургов.

В-четвертых, дополнительные оперативные вмешательства никаким образом не ухудшали течение основного заболевания и не удлинляли сроков выздоровления больных.

В-пятых, использование симультанных оперативных вмешательств у больных с заболеваниями челюстно-лицевой области позволяет экономить не только рабочее время стоматолога-хирурга, но и финансовые затраты медицинских учреждений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дыхно Ю.А., Назаров И.П., Урста О.В., Артюхов И.П. Симультанные операции в хирургии онкологических больных // Издательство КрасГМА. – Красноярск, 2002.

УДК 616-053.6:618.14.005.1-02-092(571.51)

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА У ЖИТЕЛЬНИЦ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

Макулова М. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Полстяная Г. Н.

Охрана репродуктивного здоровья населения, особенно детей и подростков, является одной из актуальных проблем современной медицины. Особенную тревогу вызывает состояние репродуктивного здоровья у девочек-подростков, которые будут поддерживать основной уровень рождаемости. Это связано с тем, что из всех групп женского населения – именно у девочек-подростков произошли резкие изменения в состоянии здоровья и общая заболеваемость среди них за период 1991-2004 гг. возросла на 38,7% [7].

Общая гинекологическая заболеваемость в России, по мнению различных авторов, составляет от 12 до 34%, т.е. в среднем 23 женщины из 100 нуждаются в гинекологической помощи [3].

В последние годы прослеживается тенденция к увеличению числа девочек-подростков с нарушением менструальной функции, что, вероятно, связано с ухудшением экологической ситуации в регионе, снижением социально-бытовых и материальных условий жизни некоторых групп населения. Социальная значимость здоровья подростков обусловлена тем, что они представляют собой репродуктивный, интеллектуальный, экономический, социальный и культурный резерв общества.

Маточные кровотечения относятся к наиболее распространенным гинекологическим заболеваниям периода полового созревания, отражающим неблагоприятные функции репродуктивной системы. По данным литературы частота маточных кровотечений пубертатного периода (МКПП) колеблется от 10 до 37,7%. Клиническая картина, наблюдаемая при МКПП, складывается из совокупности симптомов кортико-диэнцефально-гипофизарно-овариального синдрома и расстройств психической адаптации, наблюдаемых при данной разновидности болезненного процесса [3, 4, 5].

Анализ исследований [6] по изучению факторов, влияющих на репродуктивное здоровье подростков, позволил выделить наиболее значимые:

- Общее соматическое здоровье (78%)
- Нейроэндокринный статус (67%)
- Качество и доступность медицинской помощи (45%)
- Иммунодефицитные состояния (43%)
- Репродуктивное поведение (36%)
- Санитарная культура и информированность населения (29%)
- Социально-экономические факторы (25%)
- Экологические факторы (23%)
- Наследственные факторы (20%)

Подростковая нейроэндокринная система особенно чувствительна к целому ряду эндо- и экзогенных факторов. Изменения деятельности коры головного мозга, возникшие как реакции на раздражение, оказывают влияние на функцию репродуктивной системы, главным образом через гипоталамус. Неустойчивость системы гипоталамус-гипофиз-яичники-матка в период ее формирования является основой патогенеза маточных кровотечений пубертатного периода.

Сложность проблемы коррекции маточных кровотечений среди подростков обусловлена большим количеством факторов, обуславливающих их. Образ жизни, стрессы, экологические факторы, заболевания (в том числе и соматические) – провоцируют гормональные нарушения, которые, накладываясь на естественные перепады, усугубляют общий гормональный метаболический фон.

Целью нашего исследования явились оценка закономерностей этиопатогенеза маточных кровотечений пубертатного возраста у жительниц Красноярского края.

Задачи нашего исследования:

1. Определить основные патогенетические механизмы развития МКПП у девочек Красноярского края;
2. Определить основные этиологические факторы в развитии МКПП у девочек Красноярского края;
3. Определить частоту провоцирующих МКПП факторов.

Для решения поставленных задач обследовано 183 пациентки в возрасте от 9 до 18 лет (средний возраст - 13,5 лет) с МКПП, находившихся на стационарном лечении в гинекологическом отделении МУЗ РД №1 г. Красноярска.

В ходе исследования использовались следующие методы:

- Общеклинические методы (целенаправленный сбор клинико-анамнестических данных с выяснением паритета факторов, предшествующих возникновению МКПП, наличия сопутствующих соматических заболеваний, нервно-психических и вегетативно-эмоциональных симптомов; оценка физического и полового развития);

- Специальные методы (оценка состояния внутренних половых органов по результатам гинекологического осмотра, вагиноскопии, тестов функциональной диагностики, УЗИ органов малого таза, которое позволило определить размеры матки, состояние эндометрия, размеры яичников и характер кистозных включений в них; оценка результатов электроэнцефалографии, реоэнцефалографии, рентгенографии костей черепа с прицелом на турецкое седло, определение содержания пептидных и стероидных гормонов в сыворотке крови на 3 – 5 дни менструального цикла, оценка показателей анализа крови и гемостазиограммы: число тромбоцитов, тромбоэластограмма, время свертывания крови, содержание факторов свертывающей системы крови);

- По показаниям проводились консультации смежных специалистов: гематолога, невропатолога, педиатра, оториноларинголога, окулиста, эндокринолога;

- Статистическая обработка результатов исследования с использованием Microsoft Office Excel 2007.

Все пациентки и их матери были информированы о предлагаемом методе обследования и лечения, получено их информированное письменное согласие.

В результате проведенного исследования получены следующие результаты. Распределение пациенток по возрасту было приблизительно одинаковым – 85 (47%) девушек находились в возрасте от 12 до 14 лет, 82 (45%) девушки – в возрасте от 15 до 17 лет.

Среди всех обследованных девочек у 120 (66%) имелись МКПП на фоне соматических заболеваний, у 146 (80%) – на фоне воспалительных заболеваний гениталий (вялотекущий эндометрит), у 63 (34%) – на фоне частых ОРЗ, у 62 (34%) девочек МКПП развились на фоне натальной травмы, у 22 (12%) – на фоне нейроэндокринной патологии, у 56 (31%) – на фоне физических и психических перегрузок, у 65 (36%) – на фоне дефицита массы тела и у 10 (6%) – на фоне ожирения I – II степени.

С учетом патогенетического варианта МКПП все пациентки распределились следующим образом: на фоне атрезии фолликула – у 48 (26%) человек, на фоне персистенции незрелого фолликула – у 92 (50%) человек, на фоне персистенции зрелого фолликула – у 43 (24%) человек.

По данным УЗИ толщина эндометрия составила: менее 8 мм – у 134 (73%) девочек, более 9 – 10 мм – у 49 (27%) девочек.

Таким образом, данные осмотра и УЗИ позволяют составить представление о степени эстрогенизации пациенток и разделить их на две группы: пациентки, у которых МКПП развилось на фоне гиперэстрогении, и пациентки, у которых МКПП развилось на фоне гипоэстрогении.

Так, при МКПП на фоне ановуляторной гипострогении отмечалось умеренное увеличение размеров матки и яичников, незначительная толщина эндометрия (до 9 мм) и небольшие размеры (до 8-10 мм) кистозных включений в яичниках, что указывает на длительное существование атрезирующихся фолликулов. Такие пациентки составили 73-76% всех обследованных. Напротив, у пациенток с МКПП, развившегося на фоне гиперэстрогении, отмечалось более выраженное увеличение матки и яичников (в 2 раза больше по сравнению со здоровыми девочками такого же возраста), толщина эндометрия составляла более 9-10 мм. Таких пациенток было 24-27% от общего числа обследованных. 132 (72%) пациентки лечились с применением гормональной терапии, 46 (25%) пациентка получала только симптоматическую терапию, 5 (3%) пациенткам потребовалось проведение диагностического выскабливания полости матки. У 55 (30%) человек течение МКПП осложнилось постгеморрагической анемией, которая у 6 (3%) человек потребовала проведения гемотрансфузии. У 70 (38%) девочек МКПП осложнилось нарушениями гемостаза: тромбоцитопенией, снижением показателей коагуляционного звена гемостаза, – требовавшими медикаментозной коррекции.

На основании результатов проведенного исследования сделаны следующие выводы:

1. Наиболее часто маточные кровотечения пубертатного периода среди девочек Красноярского края встречаются в возрастной группе от 12 до 17 лет (92%).
2. Основным патогенетическим механизмом развития МКПП у обследуемых девочек является персистенция незрелого фолликула (50%), реже – атрезия фолликула (26%), еще реже – персистенция зрелого фолликула (24%). Преобладающим гормональным фоном, на котором у девочек-подростков развивается маточное кровотечение, является гипострогения (73-76%), и лишь в 24-26% случаев наблюдается повышенная эстрогенная насыщенность организма.
3. В развитии МКПП у девочек Красноярского края сопутствующая соматическая патология провоцировала начало или рецидив заболевания в 66% случаев. Осложненное течение МКПП в 80% случаев обусловлено воспалительными заболеваниями гениталий (выявляющимся эндометритом), что коррелирует с ранним началом половой жизни обследуемых девочек и перенесенными ими ранее ИППП. В 36% случаев дефицит массы тела, в 34% – частые ОРЗ, в 34% – натальная травма, в 31% – физические и психические перегрузки, в 12% – нейроэндокринная патология и ожирение I – II степени – в 6% случаев усугубляют течение МКПП.
4. Наиболее часто используемой (72% случаев маточных кровотечений у девочек Красноярского края) и патогенетически более оправданной терапией МКПП является проведение гормонального гемостаза. Негормональный гемостаз был эффективен лишь у 25% пациенток, и его применение в качестве единственного способа лечения оправдано лишь на начальных этапах терапии МКПП. Проведение хирургического лечения потребовалось 3% пациенток.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Амбарцумян Т.Ж., Особенности нарушений и коррекции менструального цикла у девочек-подростков с дисфункцией щитовидной железы // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – Москва, 2006. - №5. – С. 81 – 86.
2. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков. – Москва, 2000. – С. 191 – 205.
3. Гайнова И.Г., Уварова Е.В. Обоснование дифференцированного применения гормонального и негормонального лечения дисменореи у девочек // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – Москва, 2006. - №5. – С. 19 – 29.
4. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков. Руководство для врачей. – Санкт-Петербург, 2000. – С. 242 – 300.
5. Коколина В.Ф. Детская гинекология. – Москва, 2001. – С.
6. Кулаков В.И., Манухин И.Б., Савельева Г.М. Гинекология: Национальное руководство. – Москва, 2007. – С. 437 – 449.
7. Кулаков В.И., Уварова Е.В. Стандартные принципы обследования и лечения детей и подростков с гинекологическими заболеваниями и нарушениями полового развития. – Москва, 2004.

УДК 61(091)

А. П. ЧЕХОВ И ЕГО СВЯЗЬ С МЕДИЦИНОЙ

Малкова Е. А., Андреева К. Ю.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра философии, этики, эстетики и медицинской деонтологии с курсом политической социологии*

Научный руководитель: к.ф.н., доц. Филимонов В. В.

Медицина – моя жена законная, а литература – любовница.
Когда надоест одна, я ночью у другой, это,
хотя и беспорядочно, но не так скучно.
Так к тому же от моего вероломства обе ничего не теряют.

А. П. Чехов

Многие критики считали, что А.П.Чехову заниматься литературной деятельностью мешала медицина, другие же предполагали, что чрезмерное увлечение литературой отвлекало его от врачебного дела. Но все они ошибались, потому что он не мог заниматься одной литературой или медициной их связь в его жизни была неразрывной.

Вопрос о выборе факультета был решен на семейном совете еще до отъезда Антона Павловича из Таганрога в Москву. Об этом свидетельствует письмо к нему матери, в котором она торопит его с приездом: «...Терпенья не достает ждать и непременно по медицинскому факультету иди, уважь меня, самое лучшее занятие». 10 августа 1879 года он подал заявление на медицинский факультет и был зачислен в Московский университет. Антон Павлович успешно осваивает клиническую медицину. А.П.Чехову очень повезло, ведь в период обучения его учителями были выдающиеся корифеи отечественной медицины: Г.А. Захарьин и А.А. Остроумов - по терапии, по нервным болезням – А.Я. Кожевников, по хирургии – Н.В. Склифосовский, по акушерству – В.Ф. Снегирев, по гигиене – Ф.Ф. Эрисман.

Близкое знакомство с философскими и научными взглядами этих ученых способствовало формированию у Чехова материалистического мировоззрения. «...люди, которые способны осмыслить только частное потерпели крах. В медицине то же самое. Кто не умеет мыслить по – медицински, а судит по частностям, тот отрицает медицину».

На четвертом курсе занимается в СНО научной работой « История полового авторитета» и « Врачебное дело в России», в этой работе он сумел показать, как можно увязать медицину с историей государства Российского и даже с помощью медицинского диагноза к решению одной из увлекательных исторических загадок. «У настоящего царевича

Дмитрия была наследственная падучая болезнь, которая была бы и в старости, если бы он остался жив. Стало быть, самозванец был, в самом деле, самозванцем, так как падучей болезни у него не было». Но, к сожалению, ни одна из его работ не была написана.

Одновременно он начинает писать рассказы и сценки в сатирических журналах: «Стрекоза», «Будильник», «Зритель», подписываясь разными псевдонимами, но чаще всего Антоша Чехонте. Уже в ранних рассказах («Письмо донского помещика», «Орден» и «Хирургия») отчетливо видно его недюжинный талант и много тонкого юмора. В более зрелых произведениях: «Палата №6», «Скучная история», «Дядя Ваня», «Дом с мезонином» он пишет с позиции врача.

В повести «Дом с мезонином» художник так отзывался о жизни крестьян: «Всю жизнь они дрожат за голодных и больных детей, всю жизнь боятся смертей и болезней, всю жизнь лечатся, рано блекнут, рано старятся и умирают в грязи и вони, их дети, подрастая, начинают ту же музыку». «...Лечить нужно не болезни, а их причины», то есть неблагоприятные условия жизни. У Чехова была поразительная способность сказать так много «на малом пространстве», «Искусство писать – искусство сокращать».

Занимаясь литературой и медициной одновременно, он постоянно испытывает угрызения совести, то перед медицинской то перед литературой в зависимости от того, чему больше уделяет времени и сил.

Занятия медицинскими науками имели серьезное влияние на его литературную деятельность, они значительно расширили область его наблюдений, обогатили его знаниями и помогли избежать многих ошибок. «Знакомство с естественными науками, с научным методом всегда держало меня настороже, и я старался, где было возможно, соотносить с научными данными, а где невозможно – предпочитал не писать вовсе...»

Чехов мечтал соединить науку и искусство, слить художественную стихию с точностью логического анализа. И в значительной степени ему это удалось в произведении «Остров Сахалин», за работу над которой он взялся сразу после заграничной поездки 1891 года. Цель этой поездки была в том, что Чехов стремился быть полезным народу, и в то же время хотел отдать долг медицине и литературе. В книге «Остров Сахалин» Чехов показал тяжелую жизнь каторжных и поселенцев, страшные стороны русской жизни того времени.

«Сахалин – место невыносимых страданий, где мы сгноили в тюрьмах миллионы людей». Особенно глубоко тронуло Чехова положение женщин и детей на острове. Каторжница жила хуже «домашнего животного». Сахалинские дети вымирают: «Жизнь впроголодь, питание иногда по целым месяцам одной только брюквой, а у достаточных – одною соленой рыбой, низкая температура и сырость убивают детский организм чаще всего медленно, изнуряющим образом, мало помалу перерождая все его ткани; если бы не эмиграция, то через два – три поколения, вероятно, пришлось бы иметь дело в колонии со всеми видами болезни, зависящих от глубокого расстройства питания». Каждый день, проживая в таких условиях человеку не крепкому, с расшатанными нервами представляется достаточно причин, что бы сойти с ума. Чехов сделал замечание, что угрызения совести, тоска по родине, постоянно оскорбляемое самолюбие, одиночество способствуют возникновению психических заболеваний, а так же причины большинства болезней коренились в тяжелых антигигиенических условиях жизни, в недоедании, в полном отсутствии медицинской помощи.

Просто поразительно, что такую огромную и кропотливую работу смог проделать один человек всего за три месяца и два дня. Чехов не оставил без внимания не только ни одного человека, но ни одного явления, факта, заглядывал во все темные углы: был свидетелем жестоких наказаний, посещал тюрьмы, причем делал это на собственный риск и страх. И смысл его подвига не в том, что он, больной борясь с «невылазной грязью, с голодухой, с желанием спать» проехал более 4000 верст на лошадях, переплыл Байкал, по реке Амур во время половодья добрался до Таганрогского пролива и, наконец, после, почти трехмесячного пребывания в пути достиг Сахалина. А в том, что он сумел увидеть своими глазами, глазами писателя, глазами врача настоящую правду жизни; в том, что он сумел взглянуть в каторжника и увидеть в нем человека. Он увидел невыносимо тяжелую жизнь, полное отсутствие санитарно – гигиенических условий, отсутствие элементарной культуры.

«Остров Сахалин» – научно – художественный разоблачительный документ, вскрыл чудовищные преступления против бесправного народа. Ее резонанс был так силен, что правительство вынуждено было назначить на Сахалин специальную комиссию для «упорядочения движения».

Если бы Чехов ничего не написал более, кроме этой книги, имя его навсегда было бы вписано в историю русской литературы.

Соединяя в себе писателя и врача, Чехов сумел открыть и поведать не только учебному миру, но и всему человечеству ту правду жизни, которая всегда будет неиссякаемым источником плодотворной деятельности человека.

Вы советуете мне не гоняться за двумя зайцами!
Я не знаю, почему нельзя гоняться за двумя зайцами,
даже в буквальном значении этих слов.
Были бы гончие, а гнаться можно...

А. П. Чехов

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гейзер И.М. Медицина в жизни и творчестве Чехова // Клиническая медицина. – Москва, 1960. – С. 3 - 10
2. Кучинская О.Л. А.П. Чехов – выдающийся врач-гуманист // Врачебное дело. – Киев, 1960. - №5. С. 538-539
3. Меве Е.Б. Медицина в творчестве и жизни Чехова – Киев, 1961. С. 90 - 129
4. Пицхелаури Г.З. Чехов и медицина // Советская медицина. - 1960. - №4. С. 115-120
5. Тимофеев С.А. Человек, писатель, врач // Врачебное дело. –
6. Шубин Б.М. Доктор А.П. Чехов – Москва, 1979. – С. 5-25

ОСНОВНЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПО ЛОР-ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В Г. НОВОСИБИРСКЕ**Малышева Н. С.***Новосибирский областной врачебно-физкультурный диспансер**Новосибирский государственный медицинский университет**Кафедра общественного здоровья и здравоохранения***Научный руководитель: к.м.н., доц. Чебыкин Д. В.**

В настоящее время проблема ЛОР заболеваемости и оценка основных эпидемиологических аспектов данной нозологической группы, с целью установления основных путей профилактики, достаточно актуальна.

Особое анатомическое положение и биологическая защитная роль ЛОР-органов в организме предрасполагают к возникновению в них патологических процессов. В то же время частота заболеваний уха, горла и носа по данным различных авторов варьирует в довольно широких пределах в зависимости от места, метода исследований и особенностей контингента [1].

Эта вариабельность особенно ярко проявляется в нашем регионе, характеризующемся резко континентальным климатом, жесткой зимой, коротким и холодным летом, большими колебаниями температуры и перепадами атмосферного давления, высокой геомагнитной активностью, отрицательным годовым балансом солнечной радиации. Рост промышленных структур, огромное количество заводов, фабрик, наличие научных, исследовательских, а так же образовательных учреждений в г. Новосибирске и Новосибирской области привело к интенсивному развитию города и рабочих поселков, что обусловило приток большого количества населения из других, более мягких, климатогеографических зон в зону с суровыми условиями, к которым требуется адаптация и, прежде всего, адаптация к холоду. А холод, как известно, понижает устойчивость к инфекциям, что, в конечном итоге, ведет к угнетению иммунологической реактивности и повышению ЛОР-заболеваемости.

По данным некоторых авторов в России острый синусит ежегодно переносят около 10 млн. человек, причем не менее 80 % из них составляют лица трудоспособного возраста. На долю острого среднего отита (ОСО) в структуре патологии ЛОР-органов приходится 20–30 %. В США. ОСО страдают 14 % населения. В Европе частота ОСО у взрослого населения составляет 1–5 % в год. ОСО занимает лидирующие позиции в структуре обращения за медицинской помощью в педиатрии, обуславливая 33 % всех визитов к врачу. По статистическим данным, в течение первого года жизни, по крайней мере, 1 эпизод заболевания переносят 62 % детей, к 2–3 годам – 80–94 % [1,4].

Хотелось бы так же отметить, что ЛОР заболевание это не только вред здоровью, но и огромные экономические потери для общества. Они включают в себя как прямые затраты на лекарственные средства, госпитализацию и другое, так и не прямые затраты, обусловленные временной и постоянной нетрудоспособностью, а так же снижением производительности труда. Например, средняя продолжительность нетрудоспособности при остром синусите составляет в России 11,6 дней [1,3]. Экономические потери, обусловленные только временной нетрудоспособностью, оцениваются в 232 млн. долл. (0,15 % внутреннего валового продукта РФ). В США стоимость терапии острого бактериального синусита ежегодно составляет более 3,5 млрд. долл., острого среднего отита – более 3 млрд. долл. [5].

Принимая во внимание указанные факторы, целью нашего исследования являлось: провести статистический анализ заболеваемости населения по г.Новосибирску за пять лет (2002—2006). Задачи: выявить основные эпидемиологические аспекты по данной нозологии в условиях крупного муниципального образования со специфическими климатическими условиями, установить возможные пути профилактики.

Материалы и методы исследования: анализ проводился по пяти основным группам заболеваний: болезни уха (отдельно по хроническому отиту), болезни глотки, болезни носа и околоносовых пазух, в трёх возрастных категориях (дети, подростки, взрослые), а так же проанализированы основные этиологические факторы, способствующие возникновению ЛОР – заболеваний относительно климатогеографических, индустриальных особенностей г.Новосибирска, рассмотрены основные пути профилактики.

Статистические показатели по общей ЛОР-заболеваемости по городу Новосибирску за период с 2002г. по 2006г. по данным Новосибирского медицинского информационно-аналитического центра (НМИАЦ) представлены в таблице 1.

Таблица 1

Общая ЛОР-заболеваемость в городе Новосибирске за период 2002 - 2006 г.

Нозология	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.
дети 0-14 лет					
Хронический фарингит, назофарингит, синусит, ринит	2.38	2.62	2.24	1.77	4.58
Хронические болезни миндалин и аденоидов	46.27	35.81	38.47	35.70	39.95
Аллергический ринит (поллиноз)	1.71	2.44	2.42	3.29	3.38
Болезни уха и сосцевидного отростка	47.81	43.41	50.04	50.32	54.43
Хронический отит	46.27	35.81	38.47	35.70	39.95
Всего	144.44	123.09	131.64	126.78	142.29
подростки 15-17 лет					
Хронический фарингит, назофарингит, синусит, ринит	8.13	6.19	4.99	4.24	4.65
Хронические болезни миндалин и аденоидов	34.10	29.63	31.62	32.78	28.69
Аллергический ринит (поллиноз)	1.55	2.59	2.42	3.16	2.83
Болезни уха и сосцевидного отростка	23.60	19.98	18.99	20.32	22.70
Хронический отит	1.85	1.49	1.51	1.41	1.26
Всего	69.23	59.88	59.53	61.91	60.13

взрослые от 18 лет					
Хронический фарингит, назофарингит, синусит, ринит	15.50	15.60	16.03	14.66	15.29
Хронические болезни миндалин и аденоидов	12.81	13.03	13.09	12.89	12.86
Аллергический ринит (поллиноз)	0.62	1.27	1.14	0.70	0.64
Болезни уха и сосцевидного отростка	41.78	42.89	43.62	41.86	41.85
Хронический отит	3.69	3.40	3.35	3.02	3.18
Всего	74.4	76.19	77.23	73.13	73.82

Результаты исследования: из выше указанных статистических данных выявлено, что у детей в возрасте от 0 лет и до 14 лет преобладают болезни уха и сосцевидного отростка. Анализируя общую статистику заболеваемости за 5 лет, количество эпизодов ЛОР заболеваний у детей по данным НМИАЦ увеличилось в среднем на 30% (2002г.-12381 случай, 2006г.-17338).

У подростков в возрасте от 15 до 17 лет основными ЛОР заболеваниями являются хронические болезни миндалин и аденоидов, уровень которых снизился за отчетный период в среднем на 20%. Общая ЛОР заболеваемость так же снизилась больше чем на 20%.

В группе взрослых от 18 лет первое место среди всех ЛОР заболеваний занимают болезни уха и сосцевидного отростка, количество эпизодов которых незначительно увеличилось, в среднем на 4%. Общая заболеваемость так же незначительно увеличилась за рассматриваемый период, что составляет меньше чем 3%.

Выводы:

1. Выявленная тенденция к росту ЛОР заболеваемости, обусловлена резко континентальными, а зачастую и суровыми климатическими факторами в г.Новосибирске и Новосибирской области.
2. Основные положения в профилактике ЛОР заболеваний должны быть направлены прежде всего на повышение сопротивляемости организма, закаливание, а также своевременное лечение сопутствующих заболеваний, устранение очагов инфекции, причин, способствующих возникновению ЛОР заболеваний.
3. Необходимо проводить своевременное лечение болезненных проявлений со стороны уха, горла, носа, носоглотки, и придаточных пазух носа с целью предупреждения осложнений заболевания, так же хронизации процесса,

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Магомедов М.М. Аналитический обзор материалов V Всероссийской конференции оториноларингологов.//Вестник оториноларингологии, 2007.- №2.-С.68-74.
2. Черкасский Б.Л. Понятие "риск" в эпидемиологии // Эпидемиология и инфекционные болезни, 2006.- № 4.-С.5-10.
3. Козлов В.С., Крамой А.И., Державина Л.Л.//Рос. Ринолог, 2005.- №2.-С.27.
4. Бурмистрова Т.В., Дайхес Н.А., Мокроносова М.А. и др. Этиологические аспекты экссудативного среднего отита//Рос.оторинолар., 2004.- № 5.-С.38-44.
5. Antimicrobial Treatment Guidelines for Acute Bacterial Rhinosinusitis.//Otolaryngol Head Neck Surg., 2004.-N.130, S1-P.45.

УДК 618.179:312.6(571.51-201)

АНАЛИЗ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН Г. КРАСНОЯРСКА (18–45 ЛЕТ)

Масленникова С. А., Лапа А. П.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра сестринского дела*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Камаева Т. Р.

Актуальность темы: Сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женщин является важнейшей медицинской и государственной задачей, благополучное решение которой определяет возможность воспроизводства вида и сохранение генофонда. Снижение рождаемости и распространение малодетности привело к коренному изменению в структуре медицинской помощи. Если раньше большая часть проблем репродуктивного периода женщины была связана с невынашиванием беременности, то в настоящее время перед супружеской парой стоят задачи избежать нежелательной беременности, произвести на свет желанных детей, регулировать интервалы между беременностями, контролировать выбор времени рождения в зависимости от возраста родителей и определять число детей в семье. Взаимосвязь этих параметров характеризует репродуктивное поведение женщины и обеспечивается ее репродуктивным здоровьем.

Цель: Провести статистический анализ репродуктивного здоровья женщин г.Красноярска в разных возрастных группах (18 – 45 лет)

Задачи:

1. Провести обработку данных на основе сведений полученных по результатам анонимного анкетирования жительниц г.Красноярска репродуктивного возраста.
2. Осветить основные параметры репродуктивного здоровья.
3. По результатам проведенной работы сделать выводы.

Материал и методы исследования: Данная работа представляет собой социально-эпидемиологическое исследование по изучению репродуктивного здоровья женщин г. Красноярска. Проведен анализ первичного материала полученного на основе анонимного анкетирования, в котором приняли участие 704 девушек и женщин (возрасте от 18 – 45 лет).

Репродуктивное здоровье – это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней во всех сферах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов (ВОЗ, 1994). В настоящее время все отчетливее осознается, что состояние здоровья женщин является важнейшей основой формирования взаимосвязи передачи из поколения в поколение потенциала жизненных сил и энергии. Однако именно состояние здоровья самой женщины, степень ее адаптационных иммунно-защитных возможностей все более становится тем слабым звеном, которое при определенных неблагоприятных обстоятельствах может способствовать снижению ее репродуктивного

потенциала, уровня здоровья и жизнеспособности поколений новорожденных на всех последующих этапах жизненного цикла их развития. К числу таких неблагоприятных обстоятельств в настоящее время следует отнести наличие у женщин соматических, инфекционных и гинекологических заболеваний, проживание в состоянии постоянной психологической напряженности и затяжного хронического стресса, ведущих к различным проявлениям психических отклонений и дезадаптации, широкое распространение вредных привычек, резкое снижение уровня жизни, недостаточное или несбалансированное питание, сложности получения своевременной и адекватной медицинской помощи и т.п. Вследствие этого в нашем обществе имеет место значительное ухудшение репродуктивного здоровья женщин.

Результаты исследования: Была проведена оценка факторов влияющих на принятие решения о рождении ребенка. Важным ограничением для Красноярск в их желании завести детей, как показывает исследование, является недостаток финансовых средств (524 из 704 принявших участие в исследовании считают, что финансовый вопрос оказывает наибольшее влияние в решении вопроса о рождении ребенка)

Влияние финансового положения на принятие решения о рождении ребенка:



По результатам нашей работы можно сказать, что начало менархе у девушек наступает в основном в 13 лет (начало в 11-15 лет). У каждой девушки свой возраст начала полового созревания, он непременно зависит от наследственных признаков. Если менструация не наступает после 17 лет, то это является признаком серьезных нарушений в развитии.

Так же следует обратить внимание на распределение по возрасту начала половой жизни. Исходя, из наших данных можно наблюдать, что начало половой жизни приходится чаще на возраст - 17 лет.

Нормальная репродукция при отсутствии базисных знаний о половой жизни и о предупреждении беременности невозможна. Ранняя половая жизнь отрицательно влияет на состояние репродуктивных систем организма, наличие беременности и родов у несовершеннолетних, которые в свою очередь приводят к необратимым последствиям, таким как травмы во время родов, инвалидность, недоразвитие ребенка.

Особое внимание следует обратить на возраст наступления первой беременности. По полученным результатам видно, что первая беременность чаще наступает в возрасте -21 год. С медицинской точки зрения женщина в возрасте от 18 до 26 лет наиболее пригодна к деторождению. В этот период женские внутренние половые органы уже полностью сформированы, развитие организма завершено, установлен гормональный фон. В этом возрасте яичники еще здоровые, влагалищные и маточные мышцы эластичные, поэтому молодым женщинам не только значительно легче забеременеть, но и родить. Считается, что как раз в этот период риск всяческих осложнений при родах и процент вероятности серьезных отклонений у плода минимален. В последнее время регистрируется все больше случаев беременности молодых девушек в возрасте 13-16 лет. В таком юном возрасте девушкам характерна слабость родовой деятельности. Ведь женский организм еще не достиг полного развития, половые органы еще не полностью готовы к репродуктивной функции. Поэтому при родах в раннем возрасте существует выраженная опасность кровотечений и других осложнений.

Важный показатель репродуктивного здоровья – невынашивание беременности. Из суммы беременностей всех женщин, т.е. из 224, 64 беременности закончилось незапланированным абортom (не выношены). Эта проблема, являющаяся актуальной на протяжении многих десятилетий, в большинстве своем – результат высокой распространенности абортов. Среди причин, приводящих к невынашиванию беременности, особое место занимает раннее начало половой жизни, увеличивающее контингент беременных в возрасте 14-17 лет. Ведь именно в раннем возрасте вероятность срывов беременности в 2,5 раза выше, чем у женщин детородного возраста. Наиболее обострилась проблема невынашивания в последнее десятилетие в связи с ухудшением экологических и социально-экономических условий жизни.

Выводы:

1. На основе проведенной работы можем сказать, что на первом месте среди всех факторов, которые могут стимулировать рождение ребенка является стабильное финансовое положение.
2. Половой жизнью девушки начинают жить в возрасте - 17 лет; первая беременность наступает в 21 год.
3. Из суммы всех беременностей 29% из них заканчиваются незапланированным абортom.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. <http://health.iatp.by/>
2. <http://www.womenfolk.ru/Planirovanie-beremennosti/Luchshiy-vozrast-dlya-pervoy-beremennosti.html>
3. http://www.msmsu.ru/zob/spec/spec_3.htm
4. <http://www.rusvrach.ru/articles/ms-5-02str8-10>

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ СУБФАЦИАЛЬНОЙ ДИССЕКЦИИ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН ГОЛЕНИ

Маслов Е. А.

*Томский военно-медицинский институт
Кафедра хирургии усовершенствования врачей*

Научный руководитель: д.м.н., проф. Поярков В. Д.

В настоящее время хирургическая коррекция горизонтального рефлюкса при лечении ХВН представляет из себя проблему, нерешенную до настоящего времени. На кафедре хирургии усовершенствования врачей ТВМедИ в 2005 году разработан и применен оригинальный способ субфасциальной диссекции перфорантных вен голени, который предполагает полное удаление измененных перфорантных стволов с лигированием их культей на уровне берцовых сосудов.

Цель исследования – оценить влияние предложенной методики на качество жизни пациентов.

Материалы и методы – качество жизни изучалось с помощью международной адаптированной методики SF-36 [1,2] у 20 пациентов с ХВН IV-VI классов (СЕАР, 1994) до операции и в сроки до 4 лет после нее.

Результаты и их обсуждение – результаты анализа данных опросника на дооперационном этапе выявили: выраженное снижение показателей субсфер «болевого синдром», «ролевое функциональное функционирование» и «психологическое здоровье» $45,7 \pm 8,2$, $44,2 \pm 11,4$ и $48,4 \pm 6,9$ соответственно. Пациенты были вынуждены резко ограничивать свою повседневную деятельность в связи с данным заболеванием. Результаты анализа данных опросника до проведенного оперативного лечения и в отдаленные сроки представлены в таблице 1.

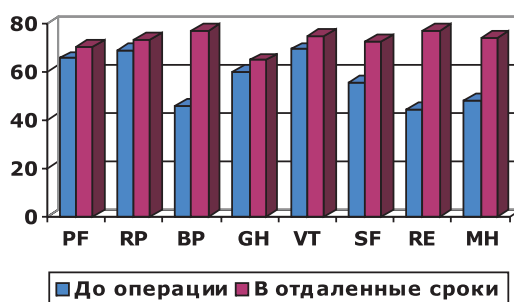


Табл. 1 Качество жизни пациентов до оперативного вмешательства и в отдаленные сроки после оперативного вмешательства (SF-36)

По всем базовым значениям субсфер опросника SF-36 был превышен 60-бальный барьер, что свидетельствует о достижении пациентами уровня удовлетворительного качества жизни. Пациенты отмечали повышение внутренней энергии и энтузиазма при выполнении своих обычных повседневных обязанностей, физическая боль оказывала меньшее влияние на поведение, активность и объем выполняемых работ. Это способствовало значительному повышению оценки субсфер «общее восприятие здоровья» и «жизнеспособность» (соответственно $64,8 \pm 13,3$ и $74,5 \pm 10,1$ баллов против $60,2 \pm 15,4$ и $69,2 \pm 12,2$ до операции). По таким субсферам, как «социальное функционирование» и «психологическое здоровье» рост отмечен на уровне положительной тенденции. Наиболее лучшие результаты получены по шкале «болевого синдром» $45,7 \pm 5,6$ до операции и $76,8 \pm 9,7$ после хирургической коррекции горизонтального рефлюкса.

Таким образом, полученные в ходе исследования результаты позволяют говорить о достоверной эффективности нового способа коррекции горизонтального рефлюкса при ХВН в улучшении качества жизни пациентов с данной патологией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Исследование качества жизни в медицине. А.А. Новик, Т.И. Ионова. Учебное пособие для вузов. Под редакцией Ю.Л. Шевченко М.ГЕОТАР-МЕД. - 2004. - Глава 1, с.12-24, Глава 10, с. 238-240.
2. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care 1992;30:473-83

ТАБАКОКУРЕНИЕ И МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Масютин С. А., Пасюра А. В.

Алтайский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., проф. Кудрявский С. И.

По данным Всемирной организации здравоохранения, каждые 6,5 секунды кто-нибудь умирает от табакокурения. Исследования подтверждают, что люди, которые начинают курить в подростковом возрасте (их более 70 %), как правило, продолжающие курить в течение двух десятилетий, умирают на 20-25 лет раньше, чем те, которые никогда не курили. Причины смерти - это не только рак легкого или заболевания сердца, но и другие серьезные проблемы со здоровьем. Есть ещё ряд менее известных последствий, которые затрагивают организм от волос до пальцев ног. В настоящее время особо актуальным является борьба с ростом распространения табакокурения среди населения. Данная работа посвящена изучению оценки информированности студентов педиатрического факультета о вреде табакокурения и их мнения о совместности табакокурения и медицинского образования.

Важность определяется тем, что именно они отражают уровень информированности населения по данному вопросу. Определяя приоритетные направления профилактики табакокурения среди детей школьного возраста, так как именно они составляют группу риска людей, склонных начать курить в будущем.

Цель исследования. Изучить отношения и мнения студентов педиатрического факультета о совместимости табакокурения и медицинского образования.

Задачи исследования:

1. Изучить распределение курящих по полу, возрасту.
2. Определить приоритетные направления профилактики распространения табакокурения среди студентов.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования был использован выборочный вид наблюдения с помощью анкетного метода на педиатрическом факультете. Всего проанкетировано 350 человек, из них мужчин – 101 чел, женщин – 249 чел. Всем респондентам было предложено ответить на следующие вопросы:

1. Пол
2. Возраст
3. Отнесите себя:
 - к курящим
 - к курящим ранее
 - никогда не курящим
4. Мотивация Вашего курения?
5. Считаете ли Вы совместимым курение и мед образование?

Результаты исследования. Таким образом, всех опрошенных можно разделить на три основные группы: курящие, некурящие, бросившие курить. Каждая группа разбита на подгруппы по возрасту: 17-20; 21-24. В каждой подгруппе важно выделить еще две подгруппы определяемые полом анкетированных.

Процентное соотношение между мужчинами и женщинами в возрастной группе 17-20 лет составило 25,8%: 74,2%, а в возрастной группе 21-24 года составило 32,9%:67,1% (рис. 1).

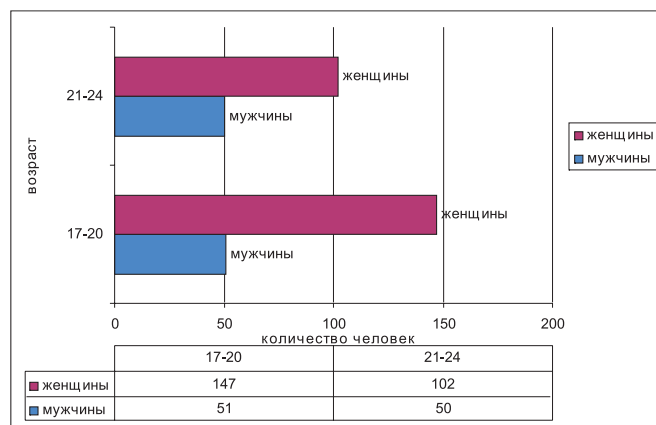


Рис. 1. – Удельный вес мужчин и женщин в различных категориях

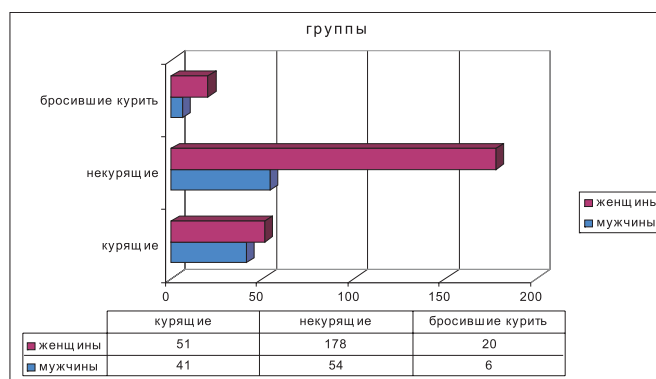


Рис. 2. – Удельный вес курящих, некурящих и бросивших курить среди студентов педиатрического факультета в, %

Опираясь на данные показатели, можно сделать вывод о том, что среди анкетированных преобладают некурящие – 232 человека (66,3%). При этом удельный вес курящих составил – 92 человека 26,3%, а бросивших курить – 26 человек 7,4% (рис. 2).

Несмотря на высокий уровень распространения курения среди женщин, именно они чаще расстаются со своими вредными привычками, и объективной причиной служит “материнский инстинкт”. Таким образом, выявлена общая закономерность: чем больше люди информированы, тем чаще они считают причиной заболеваний собственное нерациональное поведение. Сегодня каждый человек должен понимать, что его здоровье и жизнь зависят, в первую очередь, от него самого. Речь идет о формировании сознательного и ответственного отношения к своему здоровью. Здоровый образ жизни – это строгое соблюдение гигиены тела, занятия физкультурой и спортом. Необходимы четкие знания о вредных факторах и привычках (курение, алкоголь, наркотики).

Удельный вес бросивших курить женщин составил - 77%, а мужчин – 23% (рис. 2).

На вопрос о мотивации курения большинство анкетированных затруднились ответить 162 человека (46%), «личные проблемы» стали причиной курения 38 человек (11%) опрошенных, любопытство 29 человек (8%), влияние товарищей 86 человек (25%) и привычка 35 человек 10%. (рис. 3)

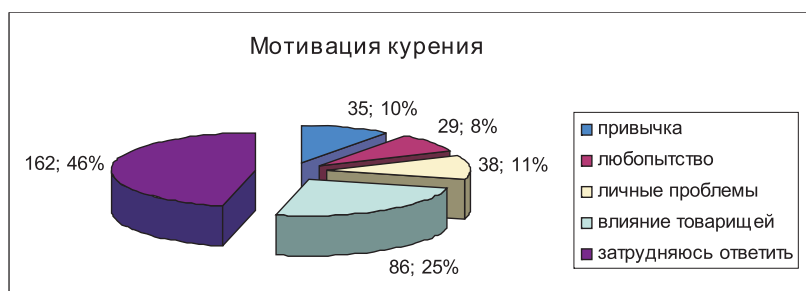


Рис. 3. – Мотивация курения, %

На вопрос «Хотите ли вы бросить курить?» большинство курящих отвечает положительно, а на вопрос «Почему до сих пор курите?» самым многочисленным стал ответ «затрудняюсь ответить». Вторым ответом стал «влияние товарищей» и лишь малая часть курящих объясняет свое пристрастие отсутствием силы воли и зависимостью табакокурения. Многие курящие отмечают в прошлом попытки бросить курить, но все безуспешно.

Среди всех категорий опрошенных абсолютное большинство считает курение вредным. Однако, на вопрос «Считаете ли Вы совместимым курение и мед образование?» (рис. 4) даже никогда не курившие часто не могут быть категоричными, а некоторые отвечают положительно, что дает основание условно отнести их к группе риска людей, склонных начать курить в будущем.

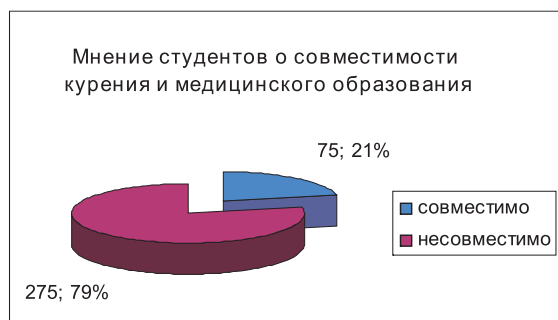


Рис. 4. – Мнение студентов о совместимости курения и медицинского образования, %

Большинство не куривших считает не совместимым курение и мед образование. В группе курящих большинство считают совместимым курение и мед образование, мотивируя, как “личное дело каждого”, на наш взгляд, это подтверждает не сознательное отношение к своему здоровью и неспособность расстаться с вредной привычкой.

Согласно нашим исследованиям средний возраст респондентов составил 17 – 23 года, что и объясняет большую распространенность курения в группах 17-20 лет и 21-24 года.

Это позволяет говорить о том, что особое внимание важно уделить борьбе с курением среди студентов педиатрического факультета – будущих врачей педиатров.

Так как именно они обучают детей и подростков формированию в них знаний, навыков и умений здорового образа жизни, сознательного и ответственного отношения к сохранению и укреплению здоровья.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кудрявский С.И. Выживание населения России. М. МГСУ, Методические рекомендации, 30 с.
2. Артюнина Г.П. Основы медицинских знаний. Здоровье, болезнь и образ жизни / Г.П. Артюнина / Учебное пособие для студентов педвузов, 2003. – 243 с.
3. Медик В.А. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения / Уч.пособие для системы послевузовского профессионального образования./ В.А. Медик.- М. Медицина. 2006.-71 с

УДК 616.284-002.3-72-089.48:001.895

НОВЫЙ АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ УСТРОЙСТВА ДЛЯ ДРЕНИРОВАНИЯ И АЭРАЦИИ СРЕДНЕГО УХА

Мачалов А. С.

*Сибирский государственный медицинский университет
Кафедра оториноларингологии*

Научный руководитель: д.м.н., проф. Староха А. В.

В последние годы проблеме экссудативного среднего отита (ЭСО) уделяется значительное внимание, как в России, так и за рубежом [3, 10]. Это объясняется ростом заболеваемости [5, 10], непредсказуемостью исходов болезни [2, 7], трудоемкостью и дороговизной процесса лечения [11]. Особо тревожен факт роста распространенности заболевания у детей, что часто приводит к стойкой тугоухости у таких пациентов в дальнейшем [3, 8]. Тугоухость, являющаяся одним из

наиболее постоянных симптомов ЭСО, часто является причиной социальной дезадаптации больных [5, 9, 12], а у детей ведет к нарушению психо-эмоционального, речевого и интеллектуального развития [5]. Несмотря на успехи в изучении этиологии и патогенеза заболевания [2, 11], проблемы, связанные с лечением, на сегодняшний день остаются весьма актуальными.

Из хирургических методов лечения ЭСО наиболее часто применяют тимпанопункции, мириготомии, шунтирования, тимпанотомии, лазерные вмешательства на слуховой трубе [4, 6]. На основании данных метаанализа, ассоциациями оториноларингологов США и Великобритании единственным эффективным методом лечения ЭСО названа тимпаностомия [9, 12]. Суть метода заключается в дренировании барабанной полости с помощью полого протеза (шунта), что способствует выравниванию давления по обе стороны барабанной перепонки и эвакуации экссудата [1]. Обычно дренаж оставляют до тех пор, пока не наступит полное выздоровление с восстановлением проходимости слуховой трубы, – иногда до 1–2 лет [5]. Через шунт в барабанную полость вводятся различные лекарственные вещества: суспензия гидрокортизона, муколитики, протеолитические ферменты и др. Дмитриев Н.С. и соавт. (1996) рекомендуют введение 0,1 % раствора атропина (для блокирования секреции слизистых желез).

Ввиду минимального диаметра тимпаностомического отверстия в барабанной перепонке (1-2 мм), анатомических особенностей среднего уха и блока слуховой трубы, который сопровождает ЭСО, полная эвакуация содержимого барабанной полости и, тем более ячеек сосцевидного отростка, крайне затруднена. Поэтому разработка методов и устройств, позволяющих улучшить дренирование среднего уха при экссудативном среднем отите, представляет собой актуальную задачу.

Цель. Повысить эффективность лечения детей, страдающих экссудативными средними отитами за счет разработки и применения устройства для дренирования полостей среднего уха.

Задачи: 1) Разработка устройства для осуществления эффективного дренирования полостей среднего уха через ранее наложенное тимпаностомическое отверстие. 2) Оценить эффективность нового алгоритма лечения ЭСО с применением разработанного устройства в сравнении с традиционным хирургическим лечением.

Материалы и методы: математическое моделирование и разработка устройства осуществлялась на базе НИИ Прикладной математики и механики Томского государственного университета.

В клиническом разделе исследования проанализированы результаты лечения 20 детей в возрасте от 3 до 10 лет (11 девочек, 9 мальчиков), страдающих двусторонним хроническим рецидивирующим экссудативным средним отитом более 6 месяцев. Критериями исключения были наличие показаний к аденотомии у ребенка (аденоидные вегетации III степени с назальной обструкцией или хроническим аденоидитом), врожденные аномалии развития, отсутствие информированного согласия родителей на проведение исследования.

Учитывая отсутствие эффекта от консервативного лечения, всем детям выполнялась двусторонняя тимпаностомия с установкой катушковидного протеза фирмы KURZ (Германия) под общим обезболиванием. Пациенты основной группы в послеоперационном периоде получали процедуры с применением разработанного устройства, заключающиеся в дренировании полостей среднего уха и введении смеси диоксида 1% и суспензии гидрокортизона. Пациентам контрольной группы (10 детей) проводилось закапывание описанной смеси в наружный слуховой проход.

Продолжительность послеоперационной оторреи в обеих группах оценивалась при помощи отомикроскопии (Carl Zeiss, Германия) и отовидеоэндоскопии (AIDA Karl Storz, Германия). Тимпанометрия, а также изучение динамики изменения проходимости слуховой трубы, проводились при помощи акустического импедансометра ZODIAC 901.4 (Madsen GN Otometrics, Дания) в ETF-P тесте при выполнении стандартных проб [5, 9] через одну неделю после оперативного вмешательства и через месяц.

Всем пациентам шунт извлекался через 3 месяца после постановки, оценивалась продолжительность безрецидивного периода. Слух пациентов исследовался при помощи игровой тональной пороговой аудиометрии при помощи ORBITER 922-2 (Madsen GN Otometrics, Дания) до постановки и через 1 неделю после удаления шунтов. Заключение о полном выздоровлении делалось на основании регистрации нормальной отоскопической картины, порогов слуха по воздушной проводимости менее 10 дБ нПС, тимпанограмма типа «А».

Статистическая обработка результатов при помощи персонального компьютера и пакета программ Statistica 6.0 (StatSoft, США) проводилась в пересчете на каждое больное ухо с использованием U-критерия Манн-Уитни.

Результаты исследования. Было разработано устройство для дренирования и аэрации среднего уха (патент №46429) состоящее из ушной воронки Зигле с оптической насадкой (1), передвижной obtурирующей манжетки с невозвратным клапаном (2), пластикового баллона (3), манометра (4), стерильного шприца емкостью 2 мл (5). Соединение обеспечивается тремя полихлорвиниловыми трубками через тройник (рис. 1).

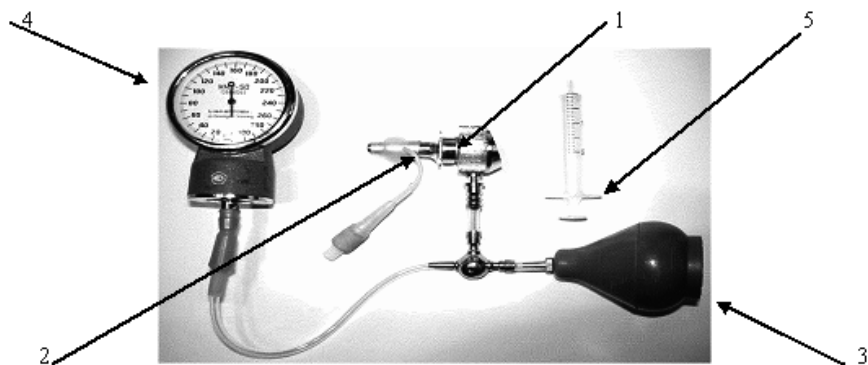


Рис. 1. – Устройство для дренирования и аэрации среднего уха

Метод лечения предусматривает обязательное герметичное соединение собранной системы и наружного слухового прохода. Устройство применяют следующим образом: положение больного – сидя. В хрящевую часть слухового прохода вводится воронка Зигле с предварительно надетой обтурирующей манжеткой. Манжетка раздувается до создания устойчивой герметичности. К воронке Зигле присоединяются остальные части устройства. Оно позволяет активно дренировать полости среднего уха под контролем зрения и давления показываемого манометром. Присоединения устройства осуществляется со сжатым пластилиновым баллоном на 1/2 от общего объема. Освобождая постепенно от сжатия баллон создаем регулируемое отрицательное давление в пределах от 75 до 30 мм.рт.ст. в полостях среднего уха. Создаваемое отрицательное давление в замкнутой системе приводит в движение жидкое и газообразное содержимое среднего уха в направлении слухового прохода. Далее выравнивая давление до атмосферного или создавая положительное давление 30–75 мм.рт.ст., вводим в освободившиеся полости воздух. Затем, возвращая состояние баллона в исходное положение, выравниваем давление в замкнутой системе с атмосферным давлением. Совершив несколько аналогичных циклов, отсоединяем оптическую насадку и удаляем скопившийся экссудат в наружном слуховом проходе ушным ватиком. При выполнении второго этапа процедуры, вместо введенного при выполнении первого этапа в полости среднего уха воздуха, вводится лекарственный раствор (диоксидин 1% и суспензия гидрокортизона), предварительно нагретый до 38°C. Положение больного – лежа на противоположном боку, полость уха в горизонтальной плоскости. Введение лекарственного раствора осуществляется созданием чередующегося отрицательного и положительного давления в полости шприца и среднем ухе. При этом возвратно поступательные движения поршнем шприца совершаются в пределах 0,3–0,8 мл от исходного положения, что по экспериментальным данным позволяет создать отрицательное и положительное давление в пределах 30–75 мм.рт.ст. Данное зависит от свободного объема слухового прохода и среднего уха. Контроль за эффективностью введения осуществляется по поступлению в шприц пузырьков воздуха и уменьшению объема лекарственного раствора в шприце. Прекращение поступления пузырьков воздуха свидетельствует о заполнении свободных пространств среднего уха. Появление вкуса лекарства в носоглотке, говорит о его прохождении через глоточное устье при создании положительного давления, при котором происходит раскрытие слуховой трубы.

У всех пациентов, наблюдаемых в процессе настоящего исследования было отмечено выздоровление, однако, средняя продолжительность оторреи в основной группе составила 2 суток, а в контрольной – 4 суток ($p < 0,05$). Средние пороги слуха по воздушной проводимости до начала лечения в основной ($29,4 \pm 12,2$ дБ нПС) и контрольной ($28,6 \pm 13,2$ дБ нПС) достоверно не отличались. Пороги слуха после удаления шунтов в основной ($3,0 \pm 1,2$ дБ нПС) и контрольной ($3,6 \pm 1,4$ дБ нПС) также достоверно не отличались.

Тимпанограммы у всех пациентов через 7 дней после удаления шунтов соответствовали типу «А». В контрольной группе в течение полугодового наблюдения у двух пациентов наблюдались рецидивы экссудативного отита, в то время как в основной группе рецидивов заболевания не отмечалось.

Выводы. Таким образом, применение разработанного устройства на этапе хирургического лечения экссудативного среднего отита повышает его эффективность, а также позволяет более успешно дренировать полости среднего уха и вводить в них лекарственные растворы, что уменьшает вероятность рецидива заболевания в будущем. Учитывая малый объем выборки, необходимы дальнейшие исследования метода и предложенного устройства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бурмистрова Т.В. Принципиальные подходы к лечению экссудативного среднего отита // Российская оториноларингология. – 2004. – № 1(14). – С. 39–41.
2. Бурмистрова Т.В. Современные этиопатогенетические аспекты экссудативного среднего отита // Российская оториноларингология. – 2005. – № 1(8). – С. 25–28.
3. Дмитриев Н.С., Милешина Н.А., Колесова Л.И. Экссудативный средний отит у детей (патогенетический подход к лечению): Метод рекомендации № 96/2/ МЗ СССР / Гл. упр. леч. проф. помощи. – М., 1996. – 22 с.
4. Корвяков В.С., Бурмистрова Т.В., Ахмедов Ш. М. и др. Хирургическое лечение больных экссудативным средним отитом // Российская оториноларингология. – 2007. – № 6(31). – С. 85–87.
5. Оториноларингология: национальное руководство / под ред. В.Т. Пальчуна. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 960 с.
6. Славинский А.А., Семенов Ф.В. Противоречивые аспекты проблемы экссудативного среднего отита // Вестник оториноларингологии. – 2006. – № 2. – С. 62–65.
7. Coates H., Thornton R., Langlands J. et al. The role of chronic infection in children with otitis media with effusion: evidence for intracellular persistence of bacteria // Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2008 (Jun). – Vol. 138, № 6. – P. 778–781
8. Johnston L.C., Feldman H.M., Paradise J.L. et al. Tympanic membrane abnormalities and hearing levels at the ages of 5 and 6 years in relation to persistent otitis media and tympanostomy tube insertion in the first 3 years of life: a prospective study incorporating a randomized clinical trial // Pediatrics. – 2004 (Jul). – Vol. 114, № 1. – P. 58–67.
9. Keyhani S., Kleinman L.C., Rothschild M. et al. Clinical characteristics of New York City children who received tympanostomy tubes in 2002 // Pediatrics. – 2008 (Jan). – Vol. 121, № 1. – P. 24–33.
10. Niedzielska G. Current opinions on pathogenesis and treatment of otitis media with effusion in children // Otolaryngol. Pol. – 2006. – Vol. 60, № 5. – P. 683–689.
11. Paradise J. L., Feldman H. M., Thomas F. Campbell Tympanostomy Tubes and Developmental Outcomes at 9 to 11 Years of Age // The new England Journal of medicine. – 2007 (Jan). – Vol. 356, № 3. – P. 248–261.
12. Tokumaru A., Eguchi T., Watanabe K. Characteristics of migrating cells in effusion of the middle ear in patients with eosinophilic otitis media // Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiho. – 2007 (Nov). – Vol. 110, № 11. – P. 713–719.

УДК 616.8-009.2:616.746.2]:615.21

ПРОНОРАН (ПИРИБЕДИЛ) И МИРАПЕКС (ПРАМИПЕКСОЛ) ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОМ ТРЕМОРЕ

Мельничук В. Ф.

*Сибирский государственный медицинский университет
Кафедра неврологии и нейрохирургии*

Научный руководитель: д.м.н., проф. Жукова Н. Г.

Эссенциальный тремор (ЭТ), который также называют наследственным идиопатическим дрожанием или болезнью Минора, относится к группе экстрапиримидных гиперкинезов, которые не представляют непосредственной угрозы для жизни, а значительно ухудшают ее качество, приводя к социальной и психологической изоляции пациентов. Ранее

попытки лечения подобных пациентов были малоэффективными, принося только разочарование. В последнее время существенно расширились возможности терапии, как за счет появления новых препаратов, так и за счет более рационального применения традиционных [5].

Болезнь Минора является самым распространенным экстрапиримидным расстройством. Частота встречаемости в разных регионах мира значительно варьирует и по данным разных исследователей составляет от 0,3 до 17% [4]. В настоящее время не оставляет сомнений наследственная природа болезни. Более половины случаев ЭТ относятся к семейным формам, реже встречаются спорадические случаи заболевания, что объясняет аутосомно-доминантный тип наследования, как минимум, двух мутантных генов с неполной пенетрантностью (проявляемостью) и экспрессивностью (степенью выраженности) [3].

В классическом варианте дрожание является единственным симптомом данного заболевания и может проявляться в разном возрасте, иметь различную локализацию и характер тремора. При наличии дополнительных признаков, таких как, нарушение тандемной ходьбы (по одной линии), легкая постуральная неустойчивость, легкая гипомимия, ахейрокинез (нет содружественных движений рук при ходьбе), мышечная дистония или миоклония говорят об «эссенциальном треморе-плюс» [3]. Тремор при этом гиперкинезе обладает выраженным клиническим полиморфизмом. Он широко варьирует по интенсивности, распространенности, локализации, частоте и амплитуде, возрасту манифестации. Характерно для ЭТ появление дрожания при выполнении целенаправленного движения (кинетический компонент) и при удержании заданной позы (постуральный), тремор может сохраняться при приближении к цели (терминальный). В дебюте заболевания появляется двустороннее, симметричное (реже асимметричное) дрожание рук [2,4]. Патогномоничным симптомом является изменение почерка у больных с ЭТ, при этом, буквы крупные, заостренные, угловатые, с волнистыми контурами, часто не соединенные между собой. Прогрессирование заболевания может приводить к распространению гиперкинеза на другие части тела – голову, мимические мышцы, язык, гортань, диафрагму. При этом сначала появляется дрожание тембра голоса, а затем речь становится толчкообразной и малоразборчивой. Тремор ног и туловища встречается крайне редко [8]. Усиление гиперкинеза пациенты отмечают при волнении, переохлаждении, физической нагрузке, употреблении крепкого кофе. Прием алкоголя у подавляющего большинства лиц ослабляет дрожание, но оно часто усиливается на следующий день. Большинство отмечает усиление дискомфорта в утренние часы по сравнению с вечерними [4].

В основе появления тремора лежит генетически детерминированный дисбаланс нейротрансмиттерных систем головного мозга, приводящий к нарушению соотношения между скоростью расслабления и сокращения мышечных волокон. Центральным механизмом ЭТ подтверждается данными позитронной эмиссионной томографии [7]. Помимо повышения активности норадренергической системы, которая, как правило, устраняется назначением β -адреноблокаторов, при этой патологии наблюдается снижение холинергической медиации. Дисфункция мозжечково-стволовых и мозжечково-таламо-корковых систем предполагается в качестве ключевого звена патогенеза ЭТ [3,4]. Людям, страдающим ЭТ, свойственен иррационально высокий уровень избегания факторов, потенциально способных вызывать у них дискомфорт, что характеризуется повышенной напряженностью, пессимизмом, боязливостью, недоверчивостью, подозрительностью, робостью, быстрой утомляемостью. Эти проявления могут быть связаны с повышением активности норадренергической системы при данном заболевании [3]. При этой патологии наблюдается снижение холинергической активности, что позволяет предполагать роль нейромедиаторного дефицита в патогенезе развития не только основного симптома заболевания, но и в регуляции когнитивной деятельности [2,5,6].

Целью данного исследования явилась оценка выраженности двигательных, когнитивных и психических симптомов ЭТ и эффективности применения препаратов, стимулирующих дофаминергическую медиацию (проноран и мирапекс) для их коррекции.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 38 пациентов (16 мужчин и 22 женщины, средний возраст $36,2 \pm 5,3$ года) с ЭТ, оказавшихся резистентными к традиционно используемым β -адреноблокаторам (пропранолол). Все обследованные имели среднее и средне-специальное или высшее образование (длительность обучения составляла $13,9 \pm 4,2$ года). Проводили комплексное обследование, которое включало неврологический осмотр, при этом акцентировали на локализацию и степень выраженности дрожания (постуральный тремор регистрировали при вытянутых вперед кистях, кинетический – при пальценосовой пробе); нейропсихологическое исследование (краткая шкала оценки психического статуса (КШОПС), батарея «лобных» тестов, тест «повторение цифр», тест «5 слов»), психометрическое тестирование для определения уровня тревоги и депрессии, шкала Бека и тест Спилберга) [2].

Всем пациентам рекомендовали принимать проноран в течение 1 месяца, с последовательным увеличением дозы от 1 (50 мг) до 3 (150 мг) таблеток в сутки внутрь. Во время лечения предлагали регулярно заполнять дневник, который должен был включать оценку собственного состояния, мнение о выраженности тремора родственников, образец почерка и расходящуюся спираль. Через месяц проводили повторное неврологическое обследование для сравнения степени выраженности постурального и кинетического тремора, оценивали субъективные наблюдения пациентов, их родственников и объективные изменения почерка и начертания спирали. При отсутствии положительной динамики назначали препарат мирапекс (прамипексол), начиная с 0,25 мг до 1 мг в сутки на 1 месяц.

Результаты. При проведении обследования изолированный тремор головы выявили у 2 (5,3%) пациентов; постуральный тремор в руках преобладал над кинетическим – у 12 (31,6%), из них у 3 (7,9%) – сочетался с тремором головы по типу «нет-нет» и у 4 (10,5) – по смешанному типу. Сочетание постурального и кинетического дрожания наблюдалось у большинства – 23 (60,5%), причем у 2 (5,3%) – сопровождался тремором головы по типу «да-да», у 4 (10,5) – по типу «нет-нет» и у 7 (18,4%) – по смешанному типу. Только у 1 (2,6%) – было зарегистрировано преобладание кинетического компонента тремора над постуральным.

Общий уровень когнитивных функций в среднем составил $28,09 \pm 0,91$ баллов по КШОПС и $16,12 \pm 0,86$ баллов по батарее «лобных» тестов, причем, ни у одного из обследованных этот показатель не был ниже возрастной нормы. Однако качественный анализ показал, что пациенты с ЭТ испытывали трудности при вхождении в задание, не могли длительное время концентрировать внимание (тест «повторение цифр», тест «5 слов»), быстро наступало ослабление умственной работоспособности.

Депрессия выявлена у 16 (42,1%) больных, повышенная тревожность – у 21 (55,3%).

Хороший и отличный эффект при приеме пронорана мы наблюдали у 7 (18,4%) пациентов, удовлетворительный – у 12 (31,6%), при $p < 0,05$; отсутствие статистически значимых изменений – у 19 (50%). Были зарегистрированы единичные случаи побочного действия препарата: у 5 (13%) – дискомфорт в желудке и/или тошнота, у 2 (5,2%) – шум и ощущение тяжести в голове, которые самостоятельно прошли через 5-7 дней приема препарата. Группе пациентов, у которых клинический эффект не был достигнут (19 человек, из них 7 мужчин и 12 женщин, средний возраст $39,6 \pm 4,7$ года), затем назначили мирапекс внутрь в течение 1 месяца с рекомендацией постепенно титровать дозу и продолжить вести дневник. После месячного курса терапии достигли следующих результатов: хороший и отличный эффект – 8 (42,1%) человек, удовлетворительный – у 6 (31,6%), при $p < 0,05$; отсутствие статистически значимых изменений – у 5 (26,3%), что может говорить о стабилизации их состояния, усиления дрожания ни у кого не отмечалось. Побочных эффектов зарегистрировано не было.

Динамика показателей нейропсихологического и психометрического тестирования на фоне приема пронорана и мирапекса статистически не значима ($p > 0,05$).

Выводы:

1. Среди обследованной группы больных с ЭТ преобладал постурально-кинетический тремор верхних конечностей, причем в 53% случаев он сопровождался тремором головы.
2. Полученные результаты оценки когнитивной сферы пациентов соответствуют возрастной норме ($28,09 \pm 0,91$ баллов по шкале КШОПС и $16,12 \pm 0,86$ – по результатам батареи «лобных» тестов), хотя отдельные компоненты отклоняются в худшую сторону (трудности при вхождении в задание, снижение концентрации внимания, быстрое снижение умственной работоспособности).
3. По результатам психометрического тестирования: симптомы депрессии – у 16 (42,1%) больных, повышенная тревожность – у 21 (55,3%).
4. Проноран (пирибедил) и мирапекс (прамипексол) достоверно уменьшали выраженность дрожания, хотя и не оказывали существенного влияния в нейропсихологической сфере. Это позволяет рекомендовать их применение для коррекции гиперкинеза у больных с ЭТ при неэффективности блокаторов норадренергической медиации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бархатова В.П., Карабанов А.В., Иванова-Смоленская И.А. Эссенциальный тремор. Патология нейротрансмиттеров // Неврологический журнал. – 2007. – №2. – С. 4 - 7.
2. Голубев В.Л., Магомедова Р.К. Спектральный анализ вариабельности частотно-амплитудных характеристик дрожания при эссенциальном треморе и дрожательной форме болезни Паркинсона // Журнал неврологии и психиатрии. – 2006. – №1. – С. 43 - 48.
3. Иванова-Смоленская И.А. Эссенциальный тремор // Медицинская газета. – 2003. – №33. [Электронный ресурс] / И.А. Иванова-Смоленская. – Электрон. Дан. – Режим доступа : http://www.neuro.net.ru/bibliot/b001/mg33_03.html
4. Иванова-Смоленская И.А. Наследственные болезни с преимущественным поражением экстрапирамидной системы // Атмосфера. Нервные болезни. – 2007. – №1. – С. 9 - 14.
5. Левин О.С., Македонский П.В., Смоленцева И.Г. и др. Нейропсихологические нарушения у больных эссенциальным тремором // Неврологический журнал. – 2005. – №4. – С. 25 - 32.
6. Левин О.С. Диагностика и лечение экстрапирамидных гиперкинезов // Лечащий врач. – 2005. – №6. – С. 20 - 27.
7. Шток В.Н., Иванова-Смоленская И.А., Левин О.С. Экстрапирамидные расстройства / Руководство по диагностике и лечению – М.: «МЕДпресс-информ». – 2002. – 607 с.
8. Шток В.Н., Левин О.С., Федорова Н.В. Экстрапирамидные расстройства / Руководство для врачей – М.: Медицинское информационное агентство, 2002. – 235 с.

УДК 618.2:618.1-06:616.43/45:616.8:617.7

ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Меркушева А. Ф., Боровикова О. Н., Рогожина О. С.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра акушерства и гинекологии ИПО*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Глебова Т. К.

Актуальность исследования. Экстрагениральная патология занимает одно из ведущих мест среди причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. На фоне снижения рождаемости проблема ведения беременности у данной категории женщин приобретает особенно актуальное значение. Среди экстрагениальной патологии у беременных (ЭПБ) заболевания мочевыделительной и эндокринологической систем, занимают лидирующие позиции. Пиелонефрит и другие заболевания почек у 10-12% беременных осложняют течение беременности, вызывая присоединение гестоза (30-40%), самопроизвольное прерывание беременности (15-20%), задержку внутриутробного развития плода (12-15%), хроническую плацентарную недостаточность (30-35%), хроническую гипоксию и внутриутробное инфицирование плода (20-30%). Остается высокой пренатальная смертность [1, 3]. Встречается как гестационный пиелонефрит, так и обострение хронического инфекционно-бактериального заболевания. На фоне неуклонного роста числа больных с эндокринологической патологией, наблюдается увеличение количества женщин фертильного возраста, болеющих сахарным диабетом (СД). СД у беременных встречается в 3—12%, из них СД 1-го и 2-го типа- 5%, гестационный диабет -1-3%[2]. Перинатальные потери у беременных с СД достигают 25—35%, заболеваемость новорожденных и детей первых лет жизни от матерей с СД составляет 40%[5]. Один из путей сохранения здоровья матери и ребенка состоит в своевременном выявлении заболеваний, правильном ведении беременных, рациональном времени и методе родоразрешения.

Цель работы: определить целесообразность и своевременность направления беременных, страдающих экстрагениальной патологией в ККБ.

Материалы и методы. Нами был произведен ретроспективный анализ историй болезни беременных женщин с помощью разработанной анкеты.

Результаты исследования. В 2007г. в ККБ было госпитализировано 29905 больных. Из этого числа женщины старше 16 лет составили 46,4% (13874 ч.). Среди больных-женщин 2,2% (305 ч.) были беременными на различных сроках беременности. С экстрагениальными заболеваниями было 43%.(131ч). Наиболее часто госпитализировались пациентки с инфекционными заболеваниями мочевыводящих путей – 29% (33ч.) и с сахарным диабетом 13%. (17ч).

Большинство беременных, находившихся на лечение в ККБ с диагнозом пиелонефрит, проживали в различных районах Красноярского края - 88% (29 ч.) и только 12% (4ч.), являлись жительницами г.Красноярска. При этом не было выявлено региона, где наиболее часто встречается данная патология. В исследуемой группе (33ч.) были женщины в возрасте от 18 до 36 лет. Среди беременных 41% (14 ч.) нигде не работали, по 15 и 18% (соответственно 5-6 ч.) - были служащими и рабочими, по 6 и 9% (2-3ч.) - частными предпринимателями и студентами. Чаще всего заболевание развивалось у первобеременных - 45%(15ч.), а 29% (10ч.) имели в анамнезе 1-2 родов. Диагноз острый гестационный пиелонефрит был выставлен 91% (30ч.) больных и только у 9% (3ч.) было диагностировано обострение хронического пиелонефрита. В результате проведенного анализа было выявлено, что у подавляющего большинства беременных женщин 46%(15ч.) клиническая картина острого пиелонефрита развилась в сроке 20-28 недель беременности, и была обусловлена изменением топографоанатомических взаимоотношений по мере роста матки, перестройкой гормонального и иммунного статуса. У 15%(5ч.) заболевание развилось до 20 недель беременности и у 39%(13ч.) в сроке больше 28 недель. Необходимо отметить, что у 67%(22ч.) в анамнезе имеются указания на наличие хронического очага инфекции: 48%(19ч.) - частые ОРВИ, 16%(6ч.) - МКБ и хр. пиелонефрит, по 3%(1ч.) - бронхиальная астма, нефроптоз и хронический гайморит. Что, естественно, ухудшает прогноз течения беременности и снижает эффективность лечения основного заболевания.

У беременных женщин выделяют три степени риска развития осложнений при пиелонефрите: 1 ст. - неосложненный пиелонефрит, возникший во время беременности; 2 ст. - хронический пиелонефрит, возникший еще до беременности; 3 ст. - хронический пиелонефрит с гипертензией или азотемией, пиелонефрит единственной почки. По результатам нашего исследования удалось выяснить, что 9% (3ч.) беременных женщин имеют вторую степень риска по развитию осложнений, в связи с наличием у них хронического пиелонефрита, что естественно должно определять особенности их ведения. Женщина должна находиться под наблюдением не только акушера-гинеколога, но и уролога или терапевта, получать профилактическую терапию.

Все больные поступали в ККБ по направлению врача терапевта в связи с необходимостью проведения современного обследования и лечения беременных. Им было проведено УЗИ почек, биохимические и клинические анализы крови и мочи, консультации узких специалистов. В результате чего в 59%(19ч.) было выявлено развитие уретерогидронефроза с нарушением уродинамики или без, в 6%(2ч.) - развился вторичный геморрагический цистит, в 6%(2ч.) обнаружено наличие мочекаменной болезни. Необходимо отметить, что, к сожалению, только 21% (7ч.) беременных были осмотрены гинекологом в процессе пребывания в многопрофильной больнице. Это были беременные, предъявлявшие жалобы на боли в животе, наличие сукровичных выделений из половых путей. При этом среди больных осмотренных гинекологом, в половине случаев выявлена угроза прерывания беременности в 9%случаях (3ч.), замершая беременность у 3% больной (1ч.). В первом случае больным была назначена сохраняющая терапия, а затем пациентки были переведены в отделение патологии беременных роддома, во втором - было произведено выскабливание полости матки. Все больные получали антибактериальную терапию, спазмолитики, дезинтоксикационную и симптоматическую терапию. Помимо этого, 45%(15ч.) больных с выявленным нарушением уродинамики проведено стентирование, а в 6%(2ч.) больным с острым гнойным процессом - произведена декапсуляция почки, наложена нефростома. В 6%(2ч.) случаев в отделении реанимации ГСЦ проводилась внутриартериальная инфузия, что было обусловлено тяжестью состояния больных, выраженностью клинико-лабораторных изменений. Время пребывания каждой пациентки в стационаре было индивидуальным, что определялось степенью тяжести их состояния. Большинство госпитализированных, 55% (18ч.) находились в стационаре от 6 до 10 суток, 42% (14ч.) - от 10 до 20 суток и 3% (1ч.) - 25 суток. Тяжелое состояние беременных женщин обусловлено поздним направлением их на лечение в ККБ. К сожалению, нам не удалось определить причины несвоевременного направления женщины на лечение, так как в большинстве случаев в направлениях на стационарное лечение не указана давность заболевания, характер или объем лечения, полученного по месту жительства, его эффективность. Во всех клинических случаях на фоне проводимой терапии имела положительная динамика и было дано разрешение пролонгировать беременность под наблюдением уролога и гинеколога. При выписке больных из стационара даны рекомендации уролога, гинеколога по дальнейшей тактике ведения пациентки (диета, необходимая терапия, рекомендации по дальнейшему ведению беременности и родоразрешению).

В эндокринном отделении получили специализированную помощь 11 беременных с сахарным диабетом, что составило 4 % от всех поступивших беременных. Средний возраст больных составил 28 лет (от 23 до 36 лет). Больные поступали из различных районов и городов края. В основном это были служащие и неработающие женщины. С сахарным диабетом 1 типа средней степени тяжести, компенсированным было 46% пациенток (5ч.). С сахарным диабетом 1 типа тяжелого течения, компенсированным - 27% пациентки (3ч.). С сахарным диабетом 2 типа, легкой степени, компенсированным была 9% пациентка (1ч.). С сахарным диабетом 2 типа средней степени тяжести, компенсированным - 9%пациенток (1ч.). С сахарным диабетом 2 типа, тяжелым течением, субкомпенсированным было так же 9%I пациенток (1ч.). Все беременные, больные сахарным диабетом имели сочетанные осложнения в течение заболевания: пролиферативная ретинопатия сетчатки обоих глаз - 27%(3ч.), непролиферативная ретинопатия - 45%(5ч.), ангиопатия сетчатки -27%(3ч.), нефропатия в стадии протеинурии - 73%(8ч.), полинейропатия верхних и нижних конечностей с легкими вегетососудистыми расстройствами - 64%(7ч.). По длительности течения заболевания пациентки распределились следующим образом: от 1 до 5 лет - 27% (3 ч.), 10-15 лет- 64%(7ч.), 21 год - 9%(1ч.). У 18% пациенток (2ч.) в анамнезе отмечено наличие диабета у родителей. Наличие патологии гениталий отрицали все пациентки. Отягощенный акушерский анамнез был у 91%(10ч.) женщин: в 27%(3ч.)- медицинские аборт, в 9%(1ч.) - замершая на ранних сроках беременность, в 27%(3ч.) - самопроизвольные роды и выкидыши, у 27%(3ч.) - внутриутробная гибель плода во время беременности. Все беременные за время лечения в отделении были осмотрены гинекологом, невропатологом, окулистом. Им было проведено УЗИ плода, щитовидной железой и почек, ЭКГ, полное клиническое обследование. Среднее время пребывания больной на койке 13 дней. Всего 2 больные согласно приказа ведения больных с экстрагенитальной патологией дважды (в первом и втором триместрах) направлялись акушерами-гинекологами из районов края в эндокринное отделение ККБ для решения вопроса о возможности пролонгирования беременности и подбора терапии.

Необходимо отметить, что одна беременная была направлена в ККБ для решения вопроса о возможности вынашивания беременности в 15-16нед., разумеется, было бы наиболее целесообразно решить данный вопрос на более раннем сроке беременности, до 12 нед.

Выводы:

1. Все больные направлены в ККБ по показаниям
2. Врачи ЦРБ при выявлении очагов хронической инфекции у женщин репродуктивного возраста должны проводить санирующее лечение в качестве подготовки к беременности, а при взятии на диспансерный учет по беременности рекомендовать строгое наблюдение акушером и специалистом по соответствующей патологии, планировать проведение профилактических мероприятий.
3. При направлении беременной на стационарное лечение и обследование выписка из карты больной должна быть максимально полной (анамнез заболевания, характер и эффективность проведенной терапии, результаты обследования, данные о течении беременности, осложнениях), что позволит принять более быстрое и правильное решение по ведению больной.
4. Рекомендовать врачам ЦРБ раньше направлять беременных в ККБ при отсутствии эффекта от проводимой терапии в течение 1-2 дней.
5. Все беременные, находящиеся в отделении должны быть осмотрены гинекологом, а назначенные последним лечение или обследование должны выполняться.
6. Своевременно решать вопрос о возможности вынашивания беременности (до 12 нед.).
7. Шире рекомендовать контрацепцию при возможности тяжелых осложнений экстрагенитальной патологии у женщины в случае беременности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вартанова А.О., Кирущенко А.П., Довлатян А.А. Особенности течения беременности, родов и перинатальные исходы у пациенток с острым гестационным пиелонефритом / Журнал акушерства и гинекологии. - 2006. - №2. - с.8-11.
2. Доброхотова Ю.Э., Милованова П.И., Хейдар Л.Х., Юшина М.В. Состояние фетоплацентарного комплекса у беременных с гестационным сахарным диабетом / Российский вестник акушерства и гинекологии. - 2006. - №5. - с.37-41.
3. Кулаков В.И., Гуртовой Б.Л., Емельянова Ф.И. Научно-практические итоги диагностики и лечения пиелонефрита беременных и родильниц (30 летний опыт) / Журнал акушерства и гинекологии. - 2005. - №6. - с.3-7.
4. Павлова Т.В., Малюткина Е.С. Клинико-морфологические особенности системы мать-плацента-плод при течении беременности на фоне инсулиннезависимого сахарного диабета / Журнал акушерства и гинекологии. - 2008. - №2. - с.28-30

УДК 616.441-089-06

АНАЛИЗ ОТСРОЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мингазова А. М., Щепина Т. П.

*Ижевская государственная медицинская академия
Кафедра факультетской хирургии с курсом урологии*

Научный руководитель: д.м.н., проф. Стяжкина С. Н.

Патология щитовидной железы актуальна для многих регионов Российской Федерации, которые издавна известны, как очаги тяжелой эндемии зоба, имеющие свои особенности течения болезни, разнообразные клинические и патоморфологические проявления. Повышение заболеваемости сопровождается возрастанием хирургической активности и, как следствие, увеличением количества неудовлетворительных результатов лечения, появлением послеоперационных осложнений, из которых чаще всего наблюдается послеоперационный гипотиреоз.

Послеоперационный гипотиреоз представляет собой клинический синдром, развивающийся после перенесенной операции на щитовидной железе и обусловленный стойким снижением уровня тиреоидных гормонов в организме в сочетании с повышением тиреотропного гормона. По мере того, как другие послеоперационные осложнения сводятся к минимуму, послеоперационный гипотиреоз занимает все более значимое положение среди отрицательных последствий хирургического лечения заболеваний щитовидной железы, составляя, по данным разных авторов от 4,8 до 75%. До настоящего времени у хирургов и эндокринологов нет единой тактики лечения и профилактики этого осложнения.

Цель исследования: анализ отсроченных результатов после оперативного вмешательства на щитовидной железе, при ее различных заболеваниях.

Для данной работы проведена статистическая обработка историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении МУЗ «1-я Республиканская клиническая больница» в 2008г с диагнозом послеоперационный гипотиреоз. Полученные результаты обработаны в программе SPSS для Windows 11.5, а также для Microsoft Excel 2005.

Полученные результаты. За период январь - декабрь 2008г в эндокринологическом отделении 1 РКБ с диагнозом послеоперационный гипотиреоз находилось 62 человека. Из них 86% - женщины, 14% - мужчины. Средний возраст пациентов составил 50,5±5,6 лет. 46% - городские жители, 54% - сельские. При этом 43% поступивших являются жителями г. Ижевска, 13% - жители Игринского района, 10% - жители г. Воткинск. Среди заболевших на 1 месте - работающие лица - 49%, на втором - инвалиды 31% и на третьем месте - пенсионеры по возрасту 17%. Основными этиологическими факторами гипотиреоза являлись: узловой зоб (ДТЗ, многоузловой зоб, диффузно-узловой зоб, мелкоузловой зоб) - 69%, опухоли щитовидной железы - 26,9%, гипертиреоз - 3,8%. По степени тяжести послеоперационного гипотиреоза преобладает тяжелая степень - 70%, средняя степень тяжести - 30%. Степень компенсации: декомпенсированная - 67%, компенсированная - 29%, субкомпенсированная - 4%. В послеоперационных осложнениях превалирует энцефалопатия (60%), на втором месте - полинейропатия (43,3%), на третьем - гипопаратиреоз (39,2%) и другие (миопатия - 20%, остеопатия и судороги по 13,3%, АИТ остатков щитовидной железы - 10%, по 6,6% - послеоперационная плексопатия, эндокринная офтальмопатия, дисгормональная кардиомиопатия).

Выводы. Таким образом, проведенное исследование показало, что послеоперационный гипотиреоз преимущественно встречается у женщин и доминирует в возрасте 41 - 60 лет. Основным показанием для резекции щитовидной железы является узловой зоб. Частота случаев послеоперационного гипотиреоза превалирует в сельской местности, что объясняется несвоевременной диагностикой и как, следовательно, назначения адекватной заместительной терапии. Осложнения являются обязательным спутником послеоперационного гипотиреоза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адриановская, Н.В. Отдаленные результаты хирургического лечения и их прогнозирование у больных диффузным токсическим зобом: автореф. дис. к.м.н./ Н.В. Адриановская. – Пермь, 2007. – С.25.
2. Барсуков, А.Н. Послеоперационный гипотиреоз/ А.Н. Барсуков, О.А. Коноплев, И.А. Барсуков// Матер. 12(14) Рос. Симпозиума по хирургической эндокринологии. – Ярославль, 2004. – С. 33-35.
3. Заривчакский, М.Ф. Послеоперационный гипотиреоз/ М.Ф. Заривчакский, А.Г. Гребнев, А.А. Марьяновский, В.А. Четвертных// учебное пособие – Пермь – Москва, 2008. – С.64
4. Зефирова, Г.С. Заболевания щитовидной железы/ Г.С. Зефирова. М., 1999. – С.215
5. Рязанцева, Н.П. Совершенствование диагностики, выбора объема оперативного лечения, послеоперационной реабилитации при узловых образованиях щитовидной железы: автореф. дис. к.м.н./ Н.П. Рязанцева. – Томск, 2005

УДК 613.81; 613.84; 612.616.31; 611.41; 611.81

ВЛИЯНИЕ ПИВНОГО АЛКОГОЛИЗМА НА КОНЦЕНТРАЦИЮ ПОЛОВЫХ И СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ, И РОЛЬ ТАБАКОКУРЕНИЯ В МОРФОЛОГИИ СЕЛЕЗЕНКИ, СЕМЕННИКОВ, ГОЛОВНОГО МОЗГА У КРЫС В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Михайличенко С. И., Розаленок А. В., Паршина А. А., Шивкова Е. А., Сафронова Е. С.

Читинская государственная медицинская академия

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Научные руководители: к.м.н., асс. Баранчугова Л. М., к.м.н., асс. Русаева Н. С.

Актуальность. Проблемы, связанные с употреблением никотина, алкоголя, наркотиков, перестали быть сегодня медицинскими или моральными проблемами только отдельных лиц, они затрагивают здоровье, благополучие и безопасность всего населения, более того влияют на национальную безопасность. В настоящее время в России количество спирта, потребляемого в год на одного человека (включая грудных младенцев), вдвое превысило показатели, при которых начинается деградация нации. (Орлова О.А., 2001). Заболеваемость, инвалидность, смертность, в том числе и детская в России достигли катастрофического уровня. Также повысился уровень алкоголизации среди детей и подростков. Употребление алкогольных напитков данной группой лиц значительно быстрее, чем у взрослых, вызывает развитие у них алкоголизма, имеющего к тому же злокачественное течение. Это является прямым следствием «семейной» отягощенности алкоголизмом. Особенно стоит выделить такую разновидность алкоголизма, как пивной алкоголизм. Так как пиво является доступным практически со школьного возраста. Кроме того, доказано, что внутриутробная алкоголизация может послужить предпосылкой для патологического влечения к алкоголю в более позднем возрасте. Установлено, что у людей, злоупотребляющих алкоголем, нарушена работа практически всех органов и систем, в том числе репродуктивной и эндокринной. Остается актуальной в настоящее время проблема курения. По данным ВОЗ, ежегодно во всем мире от болезней, связанных с потреблением табака, преждевременно умирают более 2,5 миллионов человек, то есть примерно 1 человек каждые 13 секунд. Курение – это пример бытовой наркомании, одна из вреднейших привычек человечества. Курильщики в 13 раз чаще болевают стенокардией, в 12 раз инфарктом миокарда, в 10 раз язвой желудка. 98-100% всех больных раком легких курильщики (Гоголева А.В, 2003). Статистические исследования показали, что у курильщиков чаще, чем у некурящих встречаются раковые опухоли и других органов – пищевода, гортани, почек, желудка, нижней губы. По потреблению табака Россия перещеголяла весь мир. Курят на улице и в общественных местах, даже в транспорте, пассивными курильщиками становятся дети. В состав сигарет входит более 4000 различных химических веществ и все они вредны (Шаповалов К.А., 2005). Никотин – один из самых опасных ядов растительного происхождения. Развитию этих проблем способствует активная реклама. Актуальность данного вопроса заставила нас еще раз обратиться к этой теме.

Цель и задачи эксперимента.

1. Выяснить, как влияет употребление пива на уровень тестостерона.
2. Установить, изменение кортизола в кровотоке после употребления пива.
3. Изучить поведенческие реакции животных в модели пивного алкоголизма.
4. Выяснить, как влияет пассивное курение на морфологическое строение селезенки, семенников, а также на генез и морфологическое строение коры больших полушарий.
5. Провести морфометрическое исследование коры больших полушарий, а также исследование селезенки, семенников крыс пассивных курильщиков в сравнении с контролем.

Материалы и методы. Эксперимент проводился на беспородных белых и черных крысах массой 200 – 250 грамм. Животные были распределены на 2 экспериментальные группы.

Первая экспериментальная группа включала животных для создания пивного алкоголизма. 1 подгруппа состояла из 10 самцов 1-2 месяцев жизни; 2 подгруппа – самки 1-2 месяцев жизни (10 шт.); 3 – годовалые самцы (10 шт.); 4 – годовалые самки (10 шт.); 5 и 6 подгруппа являлись контрольными и включали крыс 1-2 месяцев и крыс 1 года жизни соответственно – по 6 штук.

Вторая экспериментальная группа состояла из крыс для исследования влияния курения на головной мозг, селезенку и семенники животных. Эксперимент проводился на 15 животных. Экспериментальных животных содержали в помещении для курения педиатрического общежития ЧГМА в течение 3 месяцев. Контрольная группа 5 крыс содержалась в условиях вивария на кафедре гистологии. Так же исследовалось потомство 3 беспородных самок крыс, которые на протяжении всего периода беременности подвергались воздействию табачного дыма. Всего в эксперименте участвовало 13 крысят. В качестве контроля изучено потомство 2 интактных самок (всего 12 крысят), содержавшихся в условиях одного вивария на кафедре гистологии. При достижении животными возраста 1 месяца, они выводились из эксперимента, эфирным наркозом.

Для исследования содержания половых гормонов и гормонов надпочечников производили забор крови из хвостовой вены половозрелых крыс. В работе было изучено содержание тестостерона и кортизола. Количественное определение гормонов в сыворотке крови проводили методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием стандартных наборов реагентов: «СтероидИФА-прогестерон», «СтероидИФА-тестостерон» «СтероидИФА-кортизол», фирмы «Алкор-Био», Россия. Измерение проводили на микропланшетном ридере Multiscan (DigiScan) Австрия при длине волны 450 нм.

Всем крысам первой экспериментальной группы ежедневно в течение 6 месяцев предлагали пиво в режиме свободного выбора, т. е. одновременно предоставлялся корм и вода. В своем эксперименте мы попытались воссоздать модель пивного алкоголизма. Пиво насильно крысам не вводилось, а предлагалось в начале эксперимента в разведении с водой (в соотношении 1:1), а затем в чистом виде. Нам необходимо было выделить группу животных, которые самостоятельно стали бы предпочитать алкоголь в ситуации свободного выбора между пивом и водой, т. е. тогда когда можно говорить об «экспериментальном алкоголизме».

Для изучения влияния табачного дыма на экспериментальных животных были выбраны: головной мозг, селезенка и семенники. Материал для исследования – селезенка и семенники крыс, а так же теменная доля головного мозга крысят, после забора под эфирным наркозом, зафиксированы в 10 % формалине, а затем подвергнуты проводке и заливке в парафин по обычной методике. Препараты нарезаны на микротоме и окрашены гематоксилин-эозином. Морфометрия проводилась с помощью программного обеспечения МЕКОС.

Полученные результаты. Оказалось, что крысы в возрасте от 1 месяца до 2 месяцев в 2,5 раза чаще употребляли пиво, чем крысы в возрасте 1 года. Кроме того, самцы, во всех возрастных группах, предпочитали пиво воде в 2,2-3 раза чаще, чем самки. Так же объем потребленного пива крысами-самцами был в 3,1 раза больше, чем самками. Пивная зависимость возникала у крыс в возрасте 1-2 месяцев в течение 10-15 дней, а в возрасте 1 года – за 2,5-3 месяца. Причем среди крыс-подростков чаще отмечалось агрессивное поведение – они становились более активными, чаще затевали драки. Крысы же 1 года жизни, при приеме пива наоборот становились апатичными, вялыми, засыпали. Особенно следует отметить, тот факт, что крысы предпочитали пиво с содержанием алкоголя 4-5%. У крыс, употреблявших регулярно пиво, отмечено изменение гормонов.

Концентрация гормона изменялась следующим образом. Уровень тестостерона у самцов крыс был понижен (5,774 нмоль/л), по сравнению с нормой (64,79 нмоль/л). А концентрация кортизола у крыс, употребляющих пиво, значительно повышена (59,20 нмоль/л), относительно контрольной группы крыс (39,19 – 40,35 нмоль/л).

Морфологически в селезенке крыс пассивных курильщиков наблюдается резкое уменьшение количества и размеров лимфоидных фолликулов. Лимфатические узелки становятся меньших размеров, уменьшаясь иногда до периапикальной Т зависимой зоны. Так, если в норме площадь лимфоидных фолликулов – 89 432 кв. мкм., то у экспериментальных крыс – 3 653 кв. мкм. Фактор формы изменялся незначительно: так у интактных крыс он составил 0,83, то у экспериментальных 0,79, что свидетельствует о том, что фолликулы сохраняют округлую форму. Известно, что лимфатические узелки это В-зависимые зоны. В лимфатических узелках полностью исчезают герминативные центры. Изменяется и краевая зона: как известно, именно здесь происходит миграция лимфоцитов в кровоток. Если учесть, что в селезенке секретируется основное количество иммуноглобулина М, и мы видим, что страдают именно В зависимые зоны, соответственно в большей степени страдает гуморальный иммунитет. Либо, мы можем сказать, что иммунитет не завершен.

Абсолютная масса мозга подопытных крыс не имела достоверных различий. Толщина коры и молекулярного слоя не имела значимых групповых отличий. В тоже время плотность расположения нейронов в V слое коры передне-теменной доли была у подопытных животных меньше. По – видимому эти различия являются следствием усиленной гибели нейронов в мозге подопытных животных. В некоторых случаях мы обнаружили очаги деструктивных изменений в неокортексе, включавшие в себя некротизированные нейроны, пролиферирующие глиальные клетки, лимфоидные элементы. Также при морфометрии нейронов мы установили, что в экспериментальной группе площадь сечения цитоплазмы и площадь сечения ядер нейронов во II и V слоях были значительно меньше, чем у контрольных животных.

В извитых семенных канальцах наблюдается незавершенный сперматогенез, о чем свидетельствуют оголенные апикальные части sustentоцитов. В норме клетки Сертоли не видны, так как их цитоплазма образует карманы полностью заполненные созревающими половыми клетками. Причем сперматогонии базального слоя остаются полностью интактными, что указывает на возможность восстановления сперматогенеза. В просвете извитого семенного канальца наблюдается оксифильный конгломерат, состоящий из погибших сперматогенных зрелых клеток. В интерстициальной ткани между извитыми семенными канальцами клетки Лейдига окружены оксифильным гомогенным веществом. Из литературных данных известно, что при курении повышается концентрация в крови тестостерона, возможно, как раз это вещество и есть мужской половой гормон, который не успевает всосаться в кровь.

Выводы.

1. Регулярный прием пива приводит к снижению концентрации мужских половых гормонов у половозрелых крыс более чем в 10 раз.
2. Употребление пива вызывает повышение концентрации кортизола в 1,5 раза.
3. Более подвержены пивному алкоголизму крысы в подростковом возрасте и взрослые крысы-самцы.
4. Пассивное курение приводит к значительному изменению морфологической картины селезенки, причем наибольшие изменения наблюдаются в В-зависимых зонах и герминативных центрах, что объясняет снижение иммунитета у курильщиков. Размеры лимфоидных узелков уменьшаются в 24,4 раза
5. Пассивное курение вызывает изменения морфологической структуры семенников. Отмечается незавершенный сперматогенез, отсутствуют зрелые сперматогенные клетки при сохранении сперматогоний. Нарушается эндокринная функция семенников.
6. Неонатльное пассивное курение приводит к уменьшению толщины коры больших полушарий, снижению количества нейронов в стандартном поле зрения, уменьшению площади сечения цитоплазмы и ядер в нейронах II и V слоев передне-теменной долей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гоголева А.В. Аддиктивное поведение и его профилактика: Учебно-метод. Пособие; РАО, МПСИ. - 2-е изд., стереотип. - М.: МПСИ; Воронеж: НПО "МОДЭК", 2003. - 240 с.
2. Михайличенко С.И. Влияние пива на уровень тестостерона и кортизола у крыс при создании модели пивного алкоголизма. Вестник РГМУ. Периодический медицинский журнал. – М.: ГОУ ВПО РГМУ Росздрава. – 2007, №2 (55). – 424 с.
3. Рыжовский Б.Я. Развитие головного мозга: отдаленные последствия влияния некомфортных условий: Учебно-метод. Пособие; ДГМУ. Хабаровск, 2002. – 79-81 с.
4. Федоренко Л.П. Табакокурение подростков как проблема отклоняющейся социализации. Автореферат дис... канд. социол. наук. М.: Институт молодежи, 1998.
5. Шаповалов К.А. Медико-социальные последствия курения табака и борьба с ним/К.Шаповалов, Л. Шаповалова//ОБЖ.-2005.-№11.-С.42-47

6. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. М: Когито-Центр, 2004. 214 с.
7. Arciti C. et al. // Eur. Respir. J.-1995. – №8. - Suppl. 19. –P. 515
8. Buechner J.S. et al. // Am. J. of Public Health. - 1986. – Vol. 76. – P. 285-286.
9. Preventing tobacco use among young people. A report of Surgeon General. Rockville, Md // US Dep. Of Health and Human Services. – 1994.
10. Sachs D.P.L. // New England J. of Medicine. –1983. –Vol. 309. – P. 799

УДК 615.12.331.108.2

МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ АССОРТИМЕНТА ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ПРИМЕРЕ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Михайловская Е. В.

Тюменская государственная медицинская академия

Кафедра управления и экономики фармации

Научный руководитель: д.ф.н., проф. Андрианова Г. Н.

На формирование регионального рынка противоопухолевых лекарственных средств оказывает влияние множество факторов. Среди них нормативно-правовая база, регулирующая меры государственной помощи отдельным категориям граждан (федеральная льгота), меры социальной поддержки граждан, страдающих онкозаболеваниями (территориальная льгота); номенклатура лекарственных средств, зарегистрированных Минздравсоцразвития РФ и разрешенных к применению на территории РФ, возможности регионального бюджета.

Цель работы: анализ регионального ассортимента противоопухолевых лекарственных средств, используемых для амбулаторного лечения онкобольных на территории Оренбургской области.

Объектами исследования явились данные Управления фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Оренбургской области об объемах противоопухолевых лекарственных средств, отпущенных льготным категориям граждан за 2008 год

В настоящее время Министерство Здравоохранения Оренбургской области реализует функции в отношении оказания бесплатной лекарственной помощи онкобольным посредством выполнения двух программ: ОНЛС (обеспечение необходимыми лекарственными средствами) и программа борьбы с социально значимыми заболеваниями.

Ассортимент противоопухолевых лекарственных средств, отпущенных по программе ОНЛС в 2007 году, представлен 31 международными непатентованными наименованиями (МНН), 58 торговыми названиями (ТН), из которых 49 ТН (84,5%) являются препаратами иностранного производства и 9 ТН (15,5%) отечественные препараты.

Ассортимент противоопухолевых лекарственных средств, отпущенных по программе ОНЛС в 2008 году, представлен 31 международными непатентованными наименованиями (МНН), 74 торговыми названиями (ТН), из которых 41 ТН (87,2%) являются препаратами иностранного производства и 6 ТН (12,8%) отечественные препараты.

Таблица 1

Соотношение отечественных препаратов и препаратов иностранного производства, отпущенных онкобольным за 2007, 2008 гг по программе ОНЛС

Показатель		Отечественные препараты	Препараты иностранного производства	Всего
2007	Количество упаковок, шт	5 339 (42%)	7 3413 (58%)	12 680
	Сумма, рубли	7 489 817 (5%)	146 271 281,8 (95%)	153 761 098,8
2008	Количество упаковок, шт	4 342 (35,5%)	7 900 (64,5%)	12 242
	Сумма, рубли	6 171 853 (3,6%)	163 305 189 (96,4%)	169 477 042

Ассортимент противоопухолевых лекарственных средств, отпущенных по программе борьбы с социально значимыми заболеваниями в 2007 году, представлен 36 МНН и 51 ТН, из которых 34 ТН (66,7%) являются препаратами иностранного производства и 17 ТН (33,3%) отечественные препараты.

Ассортимент противоопухолевых лекарственных средств, отпущенных по программе борьбы с социально значимыми заболеваниями в 2008 году, представлен 39 МНН и 67 ТН, из которых 45 ТН (67%) являются препаратами иностранного производства и 22 ТН (33%) отечественные препараты.

Таблица 2

Соотношение отечественных препаратов и препаратов иностранного производства, отпущенных онкобольным за 2007, 2008 гг по программе борьбы с социально значимыми заболеваниями

Показатель		Отечественные препараты	Препараты иностранного производства	Всего
2007	Количество упаковок, шт	6 533 (74%)	2 313 (26%)	8 846
	Сумма, рубли	1 048 189,25 (7%)	13 931 977,88 (93%)	14 980 167,13
2008	Количество упаковок, шт	8 539 (59%)	5 923 (41%)	14 462
	Сумма, рубли	6 172 950,2 (9%)	62 721 203,76 (91%)	68 894 1543,94

Ассортиментные перечни противоопухолевых препаратов, используемых для реализации обеих программ, отличаются незначительно, представлены в основном препаратами иностранного производства. Тем не менее, доля отпущенных противоопухолевых лекарственных средств отечественных производителей выше в программе, финансируемой из средств областного бюджета. Также можно проследить уменьшение ассортимента противоопухолевых препаратов, отпущенных по программе ОНЛС в 2008 году по сравнению с 2007 годом. В региональной льготе напротив наблюдается

расширение ассортимента. Изучение ассортимента противоопухолевых лекарственных средств необходимо для обоснования объемов лекарственных средств, закупаемых по программе ОНЛС и программе борьбы с социально значимыми заболеваниями. Расходование денежных средств должно быть четко регламентировано и обосновано.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Министерство здравоохранения Оренбургской области Управление фармацевтической деятельности. Краткая информация о лекарственном обеспечении льготных категорий граждан Оренбургской области в 2008-2007 гг. – Оренбург, 2008.-1 с.
2. Министерство здравоохранения Оренбургской области Управление фармацевтической деятельности. Краткие итоги деятельности в сфере обращения лекарственных средств на территории Оренбургской области. - Оренбург, 2009.-5 с.

УДК 616.98:612.017.1:615.874

ПОДДЕРЖАНИЕ ИММУННЫХ СИЛ ОРГАНИЗМА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ ЧЕРЕЗ ПИТАНИЕ

Михалева М. А., Роговенко А. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО, гигиены*

Научные руководители: д.м.н., проф. Тихонова Е. П., к.м.н., асс. Сергеева И. В., д.м.н., проф. Климацкая Л. Г.

ВИЧ-инфекция охватила сейчас почти все континенты. За необычайно короткое время она стала проблемой номер один для Всемирной организации здравоохранения и ООН, оттеснив на второе место рак и сердечнососудистые заболевания [1, 3].

ВИЧ – медленно прогрессирующее инфекционное заболевание, возникающее вследствие заражения вирусом иммунодефицита человека преимущественно половым и парентеральным путем, поражающего иммунную систему, в результате чего организм становится высоко восприимчив к оппортунистическим инфекциям и опухолям, которые в конечном итоге приводят к гибели больного [2].

Цель исследования: поддержание иммунных сил организма ВИЧ-инфицированных пациентов через питание.

Материалы и методы исследования: в тезисах представлен фрагмент совместной работы КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого и Гданьской медицинской академии, выполняемый по международному проекту. В разработку были взяты 19 стационарных пациентов IV стадии ВИЧ-инфекции, получающие и не получающие ВААРТ (высокоактивную антиретровирусную терапию), среди них 8 женщин и 11 мужчин, средний возраст которых от 26 до 55 лет.

В качестве основного инструмента исследования была взята анкета, разработанная учеными Граньской медицинской академии. Кроме того были проведены: оценка питания ВИЧ-инфицированных пациентов с учетом физического развития по ИМТ и WHR (отношение талия/бедро).

Данные обрабатывались с помощью «Статистики 6».

Результаты и обсуждение: В пилотном исследовании участвовало 19 городских жителей (г.Красноярск), средний возраст которых составил $32 \pm 2,3$ года (от 26 до 55 лет), среди них 8 женщин (42%) и 11 мужчин (58%). Средний возраст женщин составил - $34 \pm 1,8$ года, средний возраст мужчин - $30 \pm 2,7$ лет. Почти все обследуемые пациенты имели среднее образование (99%), были выходцами из полных семей, где 61,5% родителей имели среднее образование, а 38,5% - высшее образование. 16 пациентам (84,2%) диагноз ВИЧ-инфекция был выставлен еще в 1996-2002 году, и только 3 пациентом (15,8%) диагноз выставлен в 2007-2009 году. Среди них – 7 женщин (36,8%) и 10 мужчин (52,6%) получали высокоактивную антиретровирусную терапию.

У 84,2 % больных отмечается снижение массы тела, т.к. у 94,7% имеются нарушения и осложнения, препятствующие нормальному питанию, что связано с присоединением кандидоза в ротовой полости у 9 больных (47,4%), наличием тошноты до и во время еды у 14 больных (73,7%), отсутствием аппетита у 15 больных (79%).

Количество приемов пищи в день у женщин - 3 раза в день, у мужчин – 4 раза в день, что является регулярным. Материальное состояние позволяющие питаться нормально у женщин составило 28,6%, у мужчин – 50%, не смотря на это 16 пациентов (84,2%) нигде не работают и находятся на иждивении у своих родителей.

Средний рост женщин составил - $164 \pm 3,8$ см, средний рост мужчин - $178 \pm 2,3$ см. Средняя масса тела у женщин - $53 \pm 1,6$ кг, у мужчин - $60 \pm 2,8$ кг. Средний обхват талии у женщин – $69,3 \pm 1,4$ см, у мужчин – $75,8 \pm 3,4$ см. Средний обхват бедра у женщин – $47 \pm 2,3$ см, у мужчин – $50,5 \pm 2,8$ см. ИМТ в среднем у женщин – 19,7% (N 18-20), а у мужчин 19% что, является ниже нормы (N 20-25). Снижение массы тела наблюдалось у мужчин в 83,3%, а у женщин в 62,5%.

Из 19 пациентов 84,2% являлись героиновыми наркоманами, а 10,5% (2 пациента) были инфицированы при медицинских манипуляциях и 1 человек при половом контакте. 66,6% мужчин и 42,8% женщин ранее являлись героиновыми наркоманами. На данный период времени периодически принимают наркотики женщины 33,3% , мужчины 18,2%.

Витамины (витрум, ревит, аскорбиновая кислота) принимают женщины - 42,8%, мужчины - 66,6%.

В оценку домашнего питания был включен перечень основных продуктов: белоксодержащих (молоко и молочные продукты, мясо животных и птицы, рыба), продуктов носителей витаминов, микроэлементов и пищевых волокон (масла, овощи и фрукты), углеводный компонент дополнительно оценивался и по потреблению сладостей (хлеб и хлебобулочные изделия, сахар, шоколад). По потреблению этих продуктов оценивалось качество питания обследованных пациентов.

При оценке домашнего питания женщин и мужчин: молоко и молочные продукты ежедневно употребляют 33,3% женщин и 9% мужчин, 1 раз в неделю 36,4% мужчин и 22,3% женщин. Творог ежедневно употребляют 11,1% женщин, 18,9% мужчин употребляют только 1 раз в месяц. Желтые сыры ежедневно употребляют 33,3% женщин и 45,4% мужчин, 1 раз в неделю - 22,2% женщин, 2 раза в неделю - 33,3% женщин и 9% мужчин и никогда не употребляют 45% мужчин. В целом 40% женщин и мужчин вообще не употребляют молоко и молочную продукцию, в том числе и творог.

Мясо (свинину, говядину) и курицу ежедневно употребляют 33,3% женщин, и всего 9,1% мужчин, 1 раз в неделю употребляют мясную продукцию 50% мужчин и 15% женщин, отказывают себе в употреблении мясных продуктов 18,2% мужчин. 22,2% женщин употребляют ежедневно только говядину.

Рыба в рационе у 55,5% обследованных женщин присутствует 1 раз в неделю, а у мужчин в 72,8%, 1 раз в месяц рыбу употребляют 22,2% женщин и 9,1% мужчин, отсутствие в употреблении рыбы отмечается у 25% женщин и мужчин.

Масло животное ежедневно в рационе обследованных женщин присутствует у 77,7% и у 45,5% мужчин, 1 раз в месяц масло животное употребляют 27,3% мужчин, отсутствует в рационе вообще у 27,3% мужчин и у 23% женщин.

Картофель в своем меню ежедневно отмечают 44,4% женщин и 36,4% мужчин, 2 раза в неделю употребление картофеля отмечали 45% женщин и мужчин, полностью отказались от употребления картофеля 2 пациента (мужчина и женщина).

Вареные овощи ежедневно в меню присутствует только у 1 мужчины, зато 1 раз в неделю вареные овощи включали в рацион 44,4% женщин и 18,2% мужчин, а 2 раза в неделю – 22,2% женщин; отсутствие в рационе отмечали 33,3% женщины, процент мужчин, которые отказывали себе в употреблении вареных овощей, возрос до 72,7%.

Сырые овощи и фрукты 1 раз в неделю употребляют 44,4% женщин и 27,3% мужчин, 2 раза в неделю – 33,3% женщины, 1 раз в месяц употребление овощей и фруктов также отмечают женщины – 33,3%, процент мужчин, которые исключили употребление овощей и фруктов из своего рациона, составил – 27,3%.

Белый хлеб каждый день употребляли большинство обследованных пациентов: 66,6% женщин и 72,8% мужчин, отказались от употребления полностью хлеба 22,2% женщин и 27,3% мужчин. Сдоба ежедневно входит в рацион питания у 91% мужчин, 1 раз в неделю сдобу употребляют только 11,1% женщин и 27,3% мужчин, зато 2 раза в неделю сдобу включали в свой рацион 44,4% женщин и 27,3% мужчин, употребление сдобы 1 раз в месяц отмечалось у 44,4% женщин и 36,4% мужчин.

Сахар ежедневно употребляют 100% женщин и 77,2% мужчин, 1 раз в неделю употребление сахара отметили только мужчины – 27,3%.

Шоколад ежедневно употребляет только 11,1% женщины и 18,2% мужчин, зато употребление 1 раз в неделю отмечали уже 66,6% женщин и только 9,1% мужчин, 2 раза в неделю шоколад включают в свой рацион 11,1% женщин и 18,2% мужчин, 1 раз в месяц 11,1% женщин и уже 63,7% мужчин употребляли шоколад.

Выводы: таким образом, основные критерии качества питания [Шпаков А.И., Бака Р., 2008] позволили оценить питание группы обследованных пациентов, как достаточное, но имеющее ошибки, которые можно исправить индивидуально и они касаются, в основном, частоты потребления отдельных продуктов.

Положительным моментом является соблюдение режима питания. Отрицательным – частота потребления отдельных продуктов существенно отличалась между отдельными респондентами, так по молоку и молочным продуктам это соотношение составляет 60 : 40 (40% не употребляли эти продукты).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белозеров Е.С., Змушко Е.И. ВИЧ-инфекция (издание 2-е). СПб: изд-во Питер. – 2003. 364.
2. Лобзин Ю.В. (ред.) Избранные вопросы терапии инфекционных больных. – СПб: Фолиант. 2005. 909 с.
3. Покровский В.В. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции и СПИД. – М. «Медицина». 1996. 246 с.

УДК 351.777.6: 543.25

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ-ТОКСИКАНТОВ В ПИТЬЕВОЙ И ПРИРОДНОЙ ВОДЕ Г. КУРСКА МЕТОДОМ ИНВЕРСИОННОЙ ВОЛЬТАМПЕРОМЕТРИИ

Мишина А. А., Никитенко Е. Г., Ларин С. Л.

*Курский государственный медицинский университет
Кафедра общей химии*

Научный руководитель: к.х.н., ст. преп. Лушов К. А.

Актуальность темы. Одними из сильнейших по действию и наиболее распространенными химическими загрязнителями воды являются тяжелые металлы. Для г. Курска и Курской области характерными токсикантами окружающей среды являются кадмий, свинец и цинк.

Основными источниками поступления кадмия в окружающую среду и, как следствие, в природную воду являются: сжигание твердого и жидкого топлива, сжигание пластмасс и кадмиевых красителей, гальванотехника, а также применение кадмиевых аккумуляторов. Цинк попадает в природную воду из промышленных отходов, сбрасываемых в водоемы, и сельскохозяйственных стоков. Загрязнение питьевой воды цинком происходит в распределительной сети из-за использования оцинкованных труб. Источниками загрязнения воды свинцом является автомобильный транспорт, вынос в водоемы со сточными водами отходов свинца рудообогатительных фабрик и химических производств.

Биологические последствия попадания тяжелых металлов в организм человека различны. Кадмий – элемент высокой токсичности (1 класс опасности). Соли кадмия обладают канцерогенными свойствами и представляют генетическую опасность. Кадмий блокирует работу ряда важных для жизнедеятельности организма ферментов. Кроме того, он поражает печень, почки, поджелудочную железу и способен вызвать даже рак легких. Свинец и его соединения также относятся к 1 классу опасности и вызывают изменения в нервной и сердечнососудистой системах, нарушения ферментативных реакций, витаминного обмена, снижают иммунобиологическую активность человека. Цинк наименее токсичен из всех вышеперечисленных тяжелых металлов. Однако избыток цинка в организме может вызвать нарушение функций иммунной системы, болезненную чувствительность желудка, тошноту, ослабление функций поджелудочной железы, печени, нарушение состояния кожи, волос, ногтей.

Поэтому контроль содержания этих тяжелых металлов в водах является необходимым условием обеспечения безопасности человеческой жизнедеятельности.

Целью данной работы являлась оценка степени загрязнения природных вод; степени вторичного загрязнения питьевой воды, а также целесообразности использования систем дополнительной очистки.

Задачей исследования являлась разработка методик анализа и измерение содержания кадмия, цинка и свинца в различных пробах воды (речной, талой, водопроводной, и воды, прошедшей дополнительную очистку с помощью фильтра «Барьер»).

Материалы и методы. Исследования проводились методом инверсионной вольтамперометрии (ИВ), основанным на электрохимическом концентрировании электроактивных компонентов раствора (ионов металлов) при постоянном потенциале на поверхности индикаторного электрода и последующем растворении полученного концентрата при заданной скорости изменения потенциала. Измерения проводились на анализаторе вольтамперометрическом ВА-03 (производство ООО «Спектр» Санкт-Петербург), обеспечивающем реализацию анодного варианта ИВ с линейной разверткой напряжения и дифференциально-импульсного варианта ИВ. Использовали трехэлектродную ячейку: индикаторный вращающийся углесталловый электрод с микропленочным ртутным покрытием; стандартный хлоридсеребряный электрод сравнения (ЭВЛ-1М4) и вспомогательный углесталловый электрод.

Программное обеспечение анализатора ВА-03 реализует фиксированный цикл, состоящий из стадий регенерации, электроконцентрирования, успокоения раствора и регистрации анодной кривой растворения концентрата при линейной развертке потенциала. Последовательно выполняется несколько аналитических циклов, выводится вольтамперограмма и производится ее автоматическое сглаживание (по методу бегущего среднего). С помощью данной программы можно выделить участки вольтамперограммы и обозначить пики. Программа позволяет рассчитать потенциал и ток пика, площадь под пиком, полуширину. На основе этих данных возможен расчет концентраций веществ в пробах методами однократной и многократной добавок.

В качестве фонового использовали хлоридно-аммонийный электролит ($\text{NH}_4\text{Cl} + \text{HCl}$) с pH 2. Разбавлением исходного фона дистиллированной водой получали рабочие растворы фонового электролита. Также для анализа использовался раствор Hg(II) ($C = 1 \text{ мг/мл}$, ГСО 8013-93). Рабочие растворы Pb(II) , Cd(II) , Zn(II) готовили последовательным разбавлением ГСО 7778-2000 (0,1 и 0,02 мг/мл), ГСО 8017-98 (0,01 и 0,02 мг/мл), ГСО 8010-93 (0,1 и 0,001 мг/мл).

Полученные результаты. На предварительном этапе исследований для каждого элемента были изучены зависимости параметров аналитических сигналов от потенциала накопления E_z , времени накопления t_z и скорости развертки потенциала v . Зависимости высоты сигнала от потенциала накопления имеют вид кривой с максимумом. Потенциал максимального тока и выбирался для дальнейших экспериментов. Зависимости высот и площадей сигналов от времени накопления линейны в диапазоне от 5 до 90 с. В дальнейшем использовали $t_z = 60 \text{ с}$ для обнаружения металлов в водопроводной и речной воде, и 90 с – для талой и очищенной воды. Зависимость высоты пика от скорости развертки потенциала также линейна в диапазоне от 50 до 1000 мВ/с. Для последующих экспериментов использовалась $v = 500 \text{ мВ/с}$, поскольку дальнейшее увеличение скорости приводило к значительному увеличению полуширины пика и, как следствие, перекрыванию сигналов кадмия и свинца. Исходя из выбранных оптимальных параметров рабочего цикла анализатора, были построены следующие градуировочные графики: для цинка – в диапазонах от 20 до 100 мкг/л и от 100 до 500 мкг/л; для свинца – в диапазоне от 10 до 200 мкг/л; для кадмия – в диапазонах 2-20 и 10-100 мкг/л. Все указанные градуировочные графики линейны и проходят через начало координат.

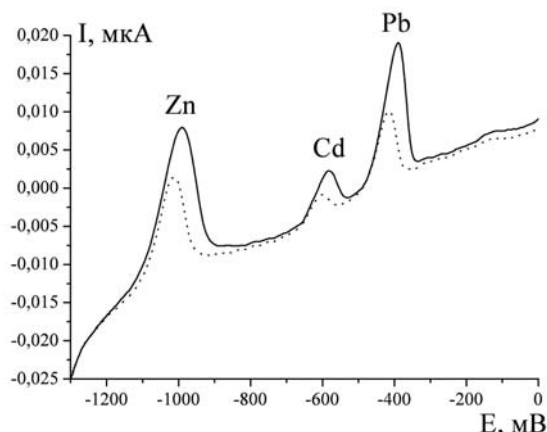


Рис. 1. – Вольтамперограмма, полученная при анализе речной воды до и после добавок ($E_z = -1500 \text{ мВ}$; $t_z = 60 \text{ с}$; $v = 500 \text{ мВ/с}$)

Анализ природной и питьевой воды проводился без предварительной пробоподготовки. Для расчета содержания цинка, свинца и кадмия использовались методы однократной и многократной добавок (рис. 1). Результаты определений представлены в таблице:

Объект анализа	Содержание элементов, мкг/л		
	Zn	Pb	Cd
Речная вода (р. Сейм)	4,3	1,5	0,34
Талый снег	24,9	1,6	0,47
Водопроводная вода	130	5,2	Не обнаружено
Вода, очищенная фильтром	4,4	Не обнаружено	Не обнаружено

Заключение. Изучено содержание цинка, кадмия и свинца в различных водах г. Курска методом инверсионной вольтамперометрии. Показано, что все воды соответствуют нормам СанПиН (СанПиН 2.1.4.1074-01; СанПиН 4630-88). Между тем, подтвержден факт вторичного загрязнения водопроводной воды по сравнению с природной водой свинцом и цинком. Наличие дополнительной очистки (фильтр «Барьер») позволяет существенно уменьшить содержание тяжелых металлов в воде.

ОПУХОЛЬ-АССОЦИИРОВАННЫЙ АНТИГЕН ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ЯИЧНИКОВ**Мойсей А. В.***Белорусская медицинская академия последипломного образования
Кафедра онкологии***Научный руководитель: д.м.н., проф. Крутилина Н. И.**

СА-125 является наиболее изученным опухоль-ассоциированным антигеном при раке яичников. Данный маркер был впервые идентифицирован с помощью моноклональных антител в 1981 г. и в настоящее время используется в комплексном обследовании больных для установления диагноза, оценки эффективности лечения, выявления прогрессирующего заболевания после окончания терапии.

Целью нашего исследования являлось изучение влияния остаточного объема опухоли после выполнения первичных циторедуктивных операций на уровень СА-125 при распространенном раке яичников.

Материалом для исследования послужили образцы крови 32 больных раком яичников III-IV стадии, прооперированных в 2007г.–2008г. в ГУ “Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н.Александрова”. Возраст больных варьировал от 38 лет до 77 лет, средний возраст составил $57,1 \pm 10,1$ лет. У 24 больных установлена III стадия заболевания, у 6 – IV стадия. У всех больных в качестве первого этапа специального лечения применен хирургический метод. Согласно современной классификации циторедуктивных операции (1), больные распределялись следующим образом: полная циторедукция (отсутствие остаточной опухоли) выполнена у 10 пациенток (31,25%), оптимальная (объем резидуальной опухоли не превышал 1 см) также у 10 больных (31,25%), субоптимальная (остаточная опухоль свыше 2 см) – у 12 пациенток (37,5%). Уровень СА-125 в крови изучаемой группы больных определялся в течение 14 дней до и после операции. Значения данного показателя представлены в таблице 1. Уровень СА-125 у большинства больных (65,6%) до операции составлял до 1000 Е/мл, у 9 пациенток был более 1000Е/мл и лишь у двух больных – соответствовал значению нормы. Лишь После хирургического лечения у трех пациенток показатель СА-125 нормализовался. У преобладающего большинства больных (84,3%) уровень СА-125 составлял до 1000Е/мл и лишь у 2 больных отмечалось его превышение свыше 1000Е/мл (у данных пациенток до операции уровень СА-125 составлял более 4000 и 13000Е/мл).

Для сравнения значений уровней СА-125 до и после операции, а также сравнения объема остаточной опухоли и разницы показателя СА-125 использовались непараметрические методы сравнения, пакет прикладных программ STATISTICA 6,0.

Таблица 1

Значения показателя СА-125 до и после операции

	Уровень СА-125,Е/мл		
	Минимальное/Максимальное значение	Среднее значение	95%ДИ
До хирургического лечения	10,5/13699	1213,2	449,4-1977,1
После хирургического лечения	11,2/3017	367,7	185,2-550,2

Результаты. Как известно, операция и лапароскопия вызывают кратковременное повышение уровня СА-125 (1). В нашем исследовании данный факт отмечен у четырех больных, когда после выполнения операции значение антигена увеличилось от 5 до 300Е/мл. У остальных больных уровни данного маркера существенно снижались, при этом у восьми пациенток различия показателей превышали 1000Е/мл. У большинства же больных разница уровней изменялась до 1000Е/мл.

При выполнении статистической обработки полученных данных выявлены различия уровней СА-125 до и после хирургического вмешательства у больных распространенным раком яичников (критерий Вилкоксона, $p=0,00004$), при этом не установлено влияния резидуальной опухоли как на значение СА-125 после выполнения хирургического лечения, так и на разницу данного маркера до и после первого этапа специального лечения (критерий Манна-Уитни, $p=0,45$).

Выводы. Таким образом, у больных распространенным раком яичников III-IV стадии выявлено снижение опухоль-ассоциированного антигена СА-125 при выполнении циторедуктивных операций в любом объеме ($p=0,00004$).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 80 от 9.02.2007 г. «Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований». – Минск, 2007. – С. 321-327.
2. Бесова Н.С. Принципы лечения распространенного рака яичников. // Вместе против рака. Врачам всех специальностей. – Москва, 2006. – №1. – С. 30-36.

НОВОЕ В ИЗУЧЕНИИ СТРОЕНИЯ ЭПИДЕРМИСА**Морозова А. В., Штина Т. В.***Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра кожно-венерических болезней с курсом ПО***Научный руководитель: к.м.н., доц. Яковлева Т. А.**

Эпидермис – это не простое скопление клеток: между ними циркулирует жидкость, поступающая из сосудов дермы, которая омывает их и приносит питательные вещества и кислород, необходимые для метаболизма клеток. И именно в эту жидкость клетки выбрасывают свои отходы.

Клетки базального слоя эпидермиса – это единственные клетки эпидермиса, способные делиться. Именно они обеспечивают обновление эпидермиса. Кератиноциты базального слоя «сцепляются» с соседними кератиноцитами посредством десмосом, а с дермо-эпидермальным соединением – посредством гемидесмосом. На периферийных участках клетки

наблюдаются короткие отростки цитоплазмы, которые образуют зазубрины. В цитоплазме клеток присутствуют меланосомы. Меланоцит – это высокоспециализированная клетка, функция которой заключается в выработке пигмента – меланина, придающего цвет эпидермису, волосам и окрашенным структурам глаза. Меланоциты образуются в области нервного гребня. Между 8 и 10 неделями жизни зародыша меланоциты, которые еще не имеют окончательной формы (их называют меланобластами), перемещаются к областям, в которых они будут находиться в течение всей жизни. Именно там и происходит их дифференциация. В базальном слое эпидермиса присутствуют клетки Меркеля. Происхождение этих клеток окончательно не установлено. Российская наука имеет на этот счет определенное мнение – клетки Меркеля (КМ), как рецепторы нервной ткани, имеют нейральное происхождение; причем они разбросаны в нем весьма неравномерно. Точнее говоря, в базальном слое располагаются тела этих клеток. Кроме того, они присутствуют в наружном эпителиальном влагалище волосных фолликулов. Клетки Меркеля весьма немногочисленны, и обнаружить их нелегко. Тем не менее, максимальная плотность КМ отмечена в коже ладоней и подошв. У них имеются цитоплазматические отростки, которые пронизывают слой кератиноцитов. Иногда удается наблюдать десмосомы, с помощью которых они связаны с соседними кератиноцитами. Клетки Меркеля связаны с периферическими нервными окончаниями. Не все клетки базального слоя одинаковы: в этом пласте присутствуют так называемые стволовые клетки (или голоклоны). Они составляют примерно 10% от общего числа базальных клеток и обладают повышенной способностью к пролиферации.

Когда делится одна стволовая клетка, каждая из дочерних клеток может развиваться двояко: либо остаться такой же стволовой клеткой; либо пройти еще несколько циклов деления и образовать клетки, которые пополняют основную популяцию базального слоя (мероклоны).

В шиповидном слое клетки имеют многочисленные отростки цитоплазмы, поэтому название «колючая клетка» вполне объяснимо. Эти отростки имеют вид канатов, которые образуют сеть, окружающую ядро, и протягиваются до периферийных участков клетки, где они прикрепляются к десмосомам. Они жестко связаны с идентичными отростками соседних клеток с помощью десмосом. Такая структура обеспечивает очень сильное сцепление клеток в шиповидном слое. Они содержат более плотную сеть промежуточных волокон в большем количестве, чем в базальном слое, и присоединяются к гораздо более многочисленным десмосомам. Благодаря промежуточным волокнам кератиноциты и эпидермис в целом приобретают устойчивость к механическим нагрузкам. В этом слое находится основное количество фосфолипидов, которые в вышележащих слоях утилизируются и заменяются гликозилированными церамидами. В шиповидном слое эпидермиса располагаются клетки Лангерганса, которые имеют морфологию дендритных клеток, светлую цитоплазму и ядро с мелкими лопастьями; у них есть также относительно специфичный маркер – расположенная в цитоплазме так называемая гранула Бирбека (Birbeck). Это единственные клетки эпидермиса, несущие рецепторы Fc-IgG, рецепторы C3 и экспрессирующие антигены Ia. Они являются яркими представителями иммунной системы кожи. Также в шиповидном слое присутствуют клетки Гринштейна – разновидность тканевых макрофагов, являющихся антигенпредставляющими клетками для Т супрессоров. Структура клетки в зернистом слое значительно меняется: разрезаются органеллы цитоплазмы и хроматин ядра; тонофиламенты объединяются в пучки, не имеющие особой ориентации; количество десмосом остается довольно большим. Ядра клеток отличаются заметным полиморфизмом, а в цитоплазме образуются включения – зерна кератогиалина, который содержит мукополисахариды, РНК, ДНК и представляет собой первую стадию начинающегося здесь процесса ороговения клеток. В нижних рядах зернистого слоя происходит биосинтез филагтрина – основного белка кератогиалиновых зерен. Он обладает способностью вызывать агрегацию кератиновых фибрилл, образуя таким образом кератин роговых чешуек. Вторая особенность клеток зернистого слоя – присутствие в их цитоплазме кератиносом, или телец Одланда, содержимое которых (гликолипиды, гликопротеиды, свободные стеарины, гидролитические ферменты) выделяется в межклеточное пространство, где из него формируется пластинчатое цементующее вещество.

Характерным для всех трех слоев является то, что десмосомы связаны с промежуточными филаментами – цитокератинами, функции которых до сих пор остаются в области гипотез. Цитокератины — это белки, которые присутствуют в покровах всех животных. Цитокератины состоят из 300-359 аминокислотных остатков. Хотя последовательность аминокислотных остатков варьирует в разных белках, которые по своей вторичной структуре очень похожи друг на друга: у всех у них полипептидные цепи уложены в альфа-спираль. Эту спиралевидную структуру стабилизируют многочисленные водородные связи. Известно, что белок филаггрин, обладает высокой степенью сродства к цитокератинам. Филаггрин связывает отдельные филаменты цитокератина.

В роговом слое эпидермиса выделяют два слоя: компактный и отшелушивающийся, которые образованы скоплением очень плоских клеток, микроскопических чешуек, корнеоцитов. Корнеоцит представляет собой мертвую клетку, абсолютно плоскую и заполненную кератиновыми филаментами. Диаметр корнеоцита: 25-45 мкм, толщина: 1/2 мкм, площадь поверхности: 750-1200 мкм², количество на квадратный сантиметр и послойно: 100 000 клеток. Один корнеоцит на поверхности эпидермиса перекрывает 25 кератиноцитов базального слоя. Внутри корнеоцитов образуется роговая оболочка, которая представляет собой жесткую структуру толщиной в 15 - 20 нм, очень прочную и нерастворимую. Дифференцировка кератиноцитов проявляется в их структурных изменениях в связи с синтезом и накоплением в цитоплазме специфических белков – церамидов (кислых и щелочных) и филагтрина, образованного в зернистом слое эпидермиса.

Компактный слой эпидермиса состоит из ороговевших клеток тесно «спаянных» между собой, и образующих компактную массу. Отшелушивающийся слой кожи характеризуется следующими признаками: полным исчезновением ядер и органелл цитоплазмы; заполнением корнеоцитов волокнами кератина, объединенными в пучки и уплотненными настоящим «цементом» – межволоконным матриксом, имеющим липидное происхождение, важными компонентами которого являются церамиды, холестерин и сульфат холестерина. Они формируют в роговом слое упорядоченные структуры. Было обнаружено, что в липидном матриксе присутствуют как структурированные участки, где существует гексагональная или орторомбическая упаковка молекул («кристаллическая фаза»), так и неструктурированные участки («жидкокристаллическая фаза»). Каждая разновидность церамидов рогового слоя играет свою роль в формировании липидного барьера – от формирования жестких водонепроницаемых участков церамидами с короткими насыщенными цепями, так и формирования гибких, текучих участков, которые допускают ограниченную диффузию водорастворимых веществ. Корнеоциты соединены между собой корнеодесмосомами, связывающими клетки в прочную сеть. Отличие корнеодесмосом от десмосом проявляется в их структуре: десмосомальная пластинка включена в состав роговой оболочки; плазматическая мембрана редуцирована до липидного монослоя; кератиновые волокна соединены с роговой оболочкой по всей поверхности, а не только в области десмосомальных пластинок; среди десмосомальных адгезионных белков есть белок, характерный

только для корнеодесмосом, - корнеодесмозин. Деграция корнеодесмосом происходит в верхней части плотного слоя под действием различных протеолитических ферментов. Наиболее изученным из этих ферментов является так называемый «химотрипсин рогового слоя», который несет ответственность за расщепление корнеосомальных адгезионных белков, таких как корнеодесмозин.

При отшелушивании клетки утрачивают сцепление с соседними клетками и выбрасываются во внешнюю среду.

Феномен кератинизации эпидермиса представляет собой процесс клеточной дифференциации, который заканчивается образованием клеток рогового слоя. В нормальном эпидермисе существует идеальное равновесие между двумя противоположными процессами - десквамации (отшелушивания) и пролиферации (размножения). Поэтому количество кератиноцитов остается неизменным. Таким образом, имеет место феномен апоптоза.

Каждый раз, когда клетка рогового слоя слущивается с поверхности эпидермиса, базальная клетка, расположенная строго под ней, начинает делиться. Деление этой клетки приводит к появлению на свет двух дочерних клеток - C1 и C2. C1 остается на своем месте в базальном слое, тогда как другая, C2, отделившись от верхнего отдела материнской клетки, оказывается в первом пласте Мальпигиева (герминативного) слоя. Деление C2 на этом прекращается, и она начинает мигрировать вертикально вверх. Клетка же C1, которая остается в базальном слое эпидермиса, немедленно делится снова и снова. Каждый новый митоз заставляет клетку C2 подняться еще на один «этаж». Таким образом и C2, и другие клетки шаг за шагом становятся элементами различных слоев эпидермиса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бакстон П.К. Дерматология. – М., 2005 – 175 с.
2. Михайлов И.Н. Структура и функция эпидермиса – М., 1999.
3. Чернуха А.М., Фролов Е.П. Кожа: строение, функция, общая патология и терапия. – М., 1982.
4. Соколовский Е.В. и др. Кожные и венерические болезни. – СПб: Фолиант, 2006. – 485 с.
5. Mercer E.H. Keratin and Keratinization.// New York: Pergamon Press, 2004.

УДК 611.08

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕДОКС-АКТИВНОСТИ ТИБЕТСКОГО КЕФИРА

Морозова И. В.

*Красноярский государственный педагогический университет им. В. П. Астафьева
Кафедра химии*

Научный руководитель: д.б.н., проф. Лесовская М. И.

В технический век, когда вокруг много искусственного и ненастоящего, начиная от еды, одежды и заканчивая домами, в которых мы живем, человек потянулся к природе. Человек вспоминает давно забытые рекомендации народной медицины, «бабушкины рецепты» вновь становятся открытиями, и приходит понимание, что с помощью одних синтетических лекарств справиться с болезнями цивилизации не удастся.

В современный обиход прочно вошли понятия «живые лекарства», «живая косметика». Эти термины обозначают живые микроорганизмы либо продукты их жизнедеятельности. В частности, под названием «тибетский молочный гриб» известно уникальное сообщество микроорганизмов с удивительной целительной силой. По мнению некоторых авторов [3, 4], они устраняют симптомы некоторых распространенных заболеваний, а в некоторых случаях устраняют сами причины этих патологий, в результате помогают восстанавливать здоровье и продлить активную жизнь на годы и десятилетия.

Некоторые диетологи считают, что наш рацион – это так называемая «умерщвленная» пища, которая не переваривается полностью, а гниет в нашем желудочно-кишечном тракте, образуя яды, которые не только сокращают нашу жизнь, но и убивают нас изнутри [3]. Тибетский молочный гриб может стать тем целебным эликсиром, который способен помочь в решении этой проблемы.

Столкновения мнений о целебной силе этого природного сообщества продолжаются десятилетия. Для выявления четких рекомендаций по его использованию должны быть разработаны существенные научные основы.

«Чудесное открытие» тибетского молочного гриба произошло много тысячелетий назад. По одной из легенд, буддийские монахи, жившие в Тибете, заметили, что молоко в разной посуде сквашивается неодинаково. Со временем в необыкновенной простокваше стали появляться гроздеподобные белковые соединения, которым нашли достойное применение в медицине и косметике. Напиток прозвали «эликсиром молодости», потому что люди, которые употребляли его регулярно, практически не болели и всегда были в отличной форме.

В электронных средствах информации содержится большое количество рекламы, характеризующей свойства этого продукта исключительно с положительной стороны, и совершенно отсутствуют сведения о научных основах процесса воспроизводства полезных свойств кефира с высокой гарантией. В частности, никак не обоснованы рекомендации по режиму получения продукта. В доступных источниках рекомендован 24-часовой цикл получения тибетского кефира, хотя возможно, что оптимальное соотношение биологически активных компонентов достигается раньше, чем через сутки.

Кроме того, в доступной литературе не удалось обнаружить данных по уровню кислотности кефирного продукта и динамике этого показателя. Данная информация представляется весьма актуальной, поскольку тибетский кефир рекомендуется всем без исключения, тогда как, например, использование кисломолочных продуктов при гастрите связано с рядом ограничений.

Целью настоящей работы было изучение динамики окислительно-восстановительных (редокс-) свойств тибетского кефирного гриба в течение 24-часового периода его созревания.

Задачи исследования включали определение ряда показателей полученного кисломолочного продукта с помощью химических (алкалометрия, перманганатометрия по общепринятым методикам) и инструментальных методов: рН-метрия с использованием кондуктометрического электронного анализатора «Эксперт-001», люминолзависимый хемилюминесцентный анализ с использованием пробора «Биохемилюминесцентр 3606М» [1, 2].

Объектом исследования являлся кефир, полученный в результате ферментации молока «Березовское». Исходная масса гриба (влажный образец) составляла 15,68 г, объем свежего пастеризованного молока, добавленного к навеске, составлял 200 мл. Измерения были проведены через 1, 4, 8, 16, 20 и 24 часа после закладки опыта.

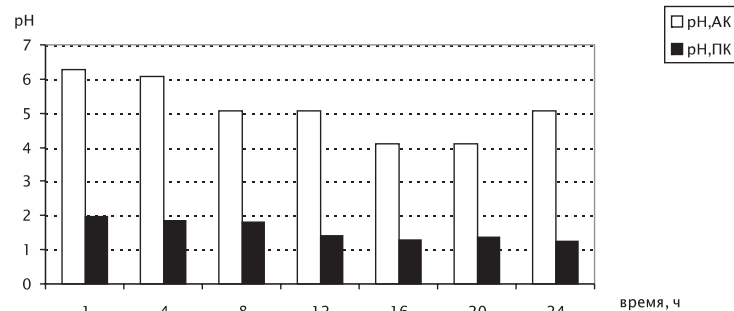


Рис. 1. – Динамика кислотности при созревании тибетского кефира

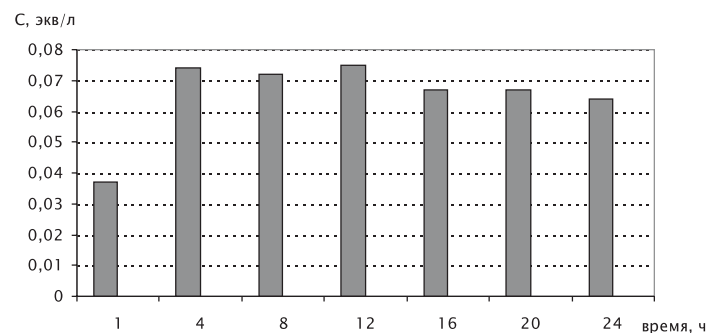


Рис. 2. – Динамика содержания ионов кальция при созревании тибетского кефира

Из рисунка 1 видно, что активная и потенциальная кислотность продукта существенно нарастали уже к 16-му часу от начала эксперимента. При этом активная кислотность (pH) изменялась с 6,29 (1-й час) до 4,12 (16-й час); титруемая кислотность изменялась с 1,96 (1-й час) до 1,28 (16-й час).

На рисунке 2 представлено содержание ионов кальция, из которого следует, что в течение 24 часов содержание ионов кальция увеличилось на 82%, причём этот уровень был достигнут уже к 16-му часу наблюдений.

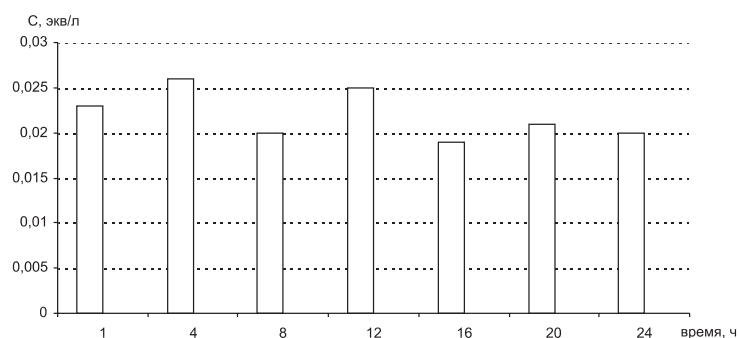


Рис. 3. – Динамика суммы восстановителей при созревании тибетского кефира

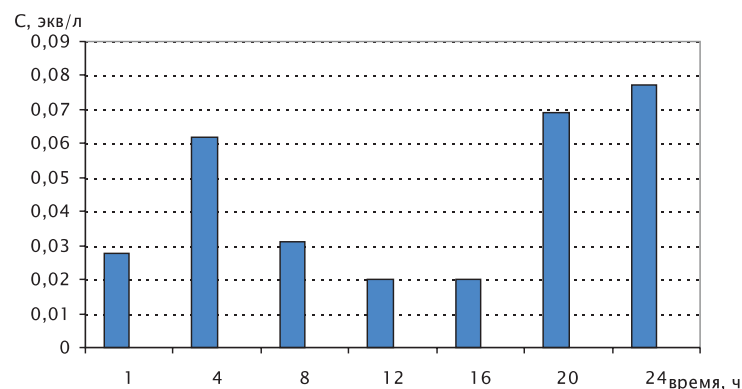


Рис. 4. – Динамика суммы окислителей при созревании тибетского кефира

На рисунке 3 показано, что сумма восстановителей значимо не изменялась в течение всего 24-часового периода. Возможно, данный результат обусловлен постоянной наработкой соединений, обладающих восстановительной активностью (в первую очередь молочной кислоты как результата молочнокислого брожения, а также кислород-зависимого окисления в цикле Кребса).

Из рисунка 4 видно, что в отличие от содержания восстановителей, сумма окислителей за период наблюдения увеличилась вдвое. Этот существенный прирост, по-видимому, можно связать с синтезом витаминов, который активно происходит в симбиозе лактобактерий и дрожжеподобных микроорганизмов, входящих в состав тибетского гриба.

Полученные результаты хорошо согласуются между собой, а также с данными, полученными в ходе хемилюминесцентного анализа.

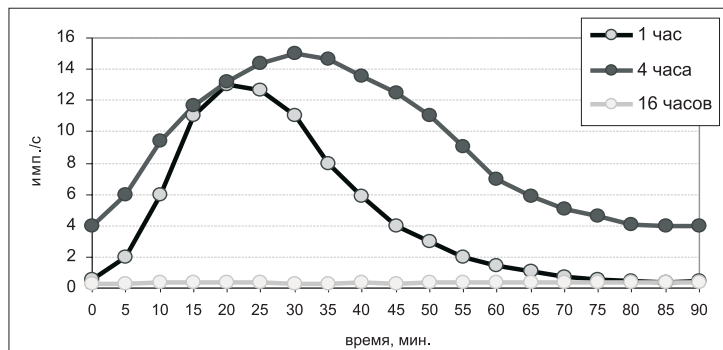


Рис. 5. – Динамика антиоксидантной активности при созревании тибетского кефира

На рисунке 5 представлено суммарное содержание антиоксидантов в настое кефирного гриба, которое резко возрастало на протяжении периода наблюдения, причем наилучший эффект, как и в эксперименте по определению содержания ионов кальция, достигался к 16-му часу наблюдения.

Таким образом, химические параметры, соответствующие оптимальным потребительским свойствам настоя кефирного гриба, были установлены к 16-му, а не 24-му часу созревания.

В результате проведенной работы исследована динамика накопления питательных компонентов при ферментации молока в ходе жизнедеятельности симбионтной системы – тибетского кефирного гриба. Полученные данные могут быть использованы в технологии производственного и/или домашнего получения ценного питательного продукта, а также при лечебно-профилактическом его использовании.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Барабой В.А. Люминесцентный анализ в медицине и биологии и его аппаратурное обеспечение. – Рига, 1981. – С. 73 – 75.
2. Владимиров Ю.А. Свободные радикалы в биологических системах // Соросовский образовательный журнал. – 2000. – № 10. – С. 33 – 39.
3. Гогитидзе, Н.В. Используем тибетский молочный гриб для здоровья и красоты. – Ростов-н/Д: Феникс, 2006. – 96 с.
4. Романова О.В. Лекарственные грибы. Индийский морской рис, тибетский молочный гриб, грибы рейши, мейтаке и шиитаке. – Новосибирск: Вектор, 2008. – 96 с.

УДК 616.12-008.331.1-092-036

ДЕСИНХРОНОЗ В ПАТОГЕНЕЗЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Мотов И. В., Бурдин В. Н., Лысенко М. В., Малюкова Т. И., Цурикова А. Ю.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Красноярский базовый медицинский колледж им. В. М. Крутовского

Кафедра фармакологии с курсами клинической фармакологии, фармтехнологии и ПО

Кафедра неотложной медицины, функциональной диагностики и ПО

Научные руководители: д.м.н., проф. Попов А. А., д.м.н., проф., Гребенникова В. В., к.м.н., доц. Савченко Е. А.

Актуальность проблемы: Как известно, лидирующее место по смертности в Российской Федерации, как и во всем мире, занимает сердечно-сосудистая патология. Одной из самых распространенных сердечно-сосудистых патологий является гипертоническая болезнь (ГБ). По данным национальной статистики РФ (за 2005 год), смертность от патологии сердечно-сосудистой системы (ССС) среди мужчин в возрасте от 45 до 74 лет составляет 46.6%, из которых на долю осложнений ГБ, таких как ИБС, ОНМК и прочие, приходится 87.5%. Среди женщин того же возраста, смертность от патологии ССС составляет 53.4%, из которых на долю осложнений ГБ приходится 85%. На долю эссенциальной артериальной гипертензии (ЭАГ) приходится 87-96% всех артериальных гипертензий (АГ). Так по последним данным распространенность ЭАГ в РФ составляет примерно 39.2% у мужчин и 41.1% у женщин. На данный момент существует только симптоматическая терапия ЭАГ, требующая пожизненного применения ряда гипотензивных препаратов. Эффективность лечения колеблется от 5.7% до 17.5%. За последние десятилетия отмечается неуклонный рост числа больных ГБ, как в РФ, так и во всем мире.

Цели и задачи: Изучение патогенеза ГБ с хронобиологических позиций и улучшение существующих методов патогенетической терапии ГБ, снижение скорости прогрессирования заболевания, уменьшение числа осложнений ГБ, таких как острый инфаркт миокарда (ОИМ), острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК).

Материалы и методы: Объектами исследования явились 697 пациентов с АГ на базе подстанций скорой помощи Ленинского и Свердловского районов. Из них 418 пациентов мужского пола (60,2%), у которых в 91,7% случаев встречалась ЭАГ, в 8,3% случаев симптоматические гипертензии. 279 пациентов женского пола, у которых в 89,4% случаев встречалась ЭАГ, в 10,6% симптоматические гипертензии.

80 пациентов, страдающих ГБ, на базе кардиологических отделений ГКБ №20.

10 слепых на оба глаза подростков с определением принадлежности к определенному хронотипу и суточным мониторингом артериального давления.

В структуре симптоматических гипертензий у мужчин 85,5% составляет нефрогенная гипертензия, 14,5% - гипертензия эндокринного генеза. У женщин в структуре симптоматических гипертензий 84,9% составляет нефрогенная гипертензия, 15,1% - гипертензия эндокринного генеза, то есть наблюдается примерно одинаковое распределение, не зависящее от пола пациента.

Определение хронотипов у больных с артериальной гипертензией, при помощи хронотеста Степановой, и параллельно разработанным нами тестом для хронотипирования, выявило следующее распределение. Представители хронотипов «совы» и «жаворонки» встречались в соотношении степени 26,6% и 73,4% соответственно. Между количеством баллов, применяемых нами, хронотестов и возрастом существует положительная корреляция (коэффициент корреляции 0,73 при $p < 0,05$), то есть с увеличением возраста происходит сдвиг от ярко выраженного хронотипа «сова» к склонности к этому хронотипу и от склонности к хронотипу «жаворонок» к ярко выраженному хронотипу.

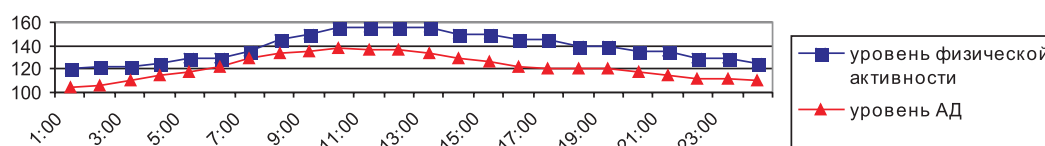
Полученные результаты: Распределение больных с разными хронотипами по возрасту: в возрастном периоде старше 40 лет среди больных артериальной гипертензией преобладают «жаворонки», в периоде до 40 лет – «совы», причем количество «сов» с возрастом уменьшается, а «жаворонок» наоборот увеличивается. Средний возраст представителей хронотипа «жаворонок» $63,6 \pm 1,3$ года, представителей хронотипа «совы» $28,5 \pm 2,3$ года, разница между выборками достоверна ($p < 0,001$). Таким образом, основной возрастной период для «жаворонок» - лица старше 50 лет, тогда как «совы» выявляются в молодом возрасте – до 30 лет. Это можно объяснить ритмом жизни людей молодого и пожилого возраста. Молодые люди, имеют пик активности в вечернее и ночное время, что закладывается еще с детства. Люди пожилого возраста все свои дела планируют в основном на светлое время суток, подстройка их циркадианных ритмов ди системы, особенно в условиях проживания в крупных городах.

При анализе факторов риска развития АГ у «жаворонок» ведущее место занимает ожирение и сопутствующая ему гиперлипидемия (68% обследованных, из них у 57% ожирение по мужскому типу), у «сов» - курение (90%, из них 30% курят по 1 пачке в день, 53% по 1, 5 пачки в день, 17% по 2 пачки в день). То есть лишний вес с возрастом представляет риск для появления АГ, тогда как в молодом возрасте опасны стрессы и курение. Следует обратить внимание на невысокую степень частоты АГ от употребления алкоголя у «сов» и у «жаворонок». У пациентов с хронотипом «жаворонок» ГБ часто является сопутствующей с патологией периферических органов (гипертиреоз, сахарный диабет 2 типа, хронические заболевания почек). У пациентов с хронотипом «совы» гипертоническая болезнь часто сопутствует с перенесенной 1-1,5 назад черепно-мозговой травмой.

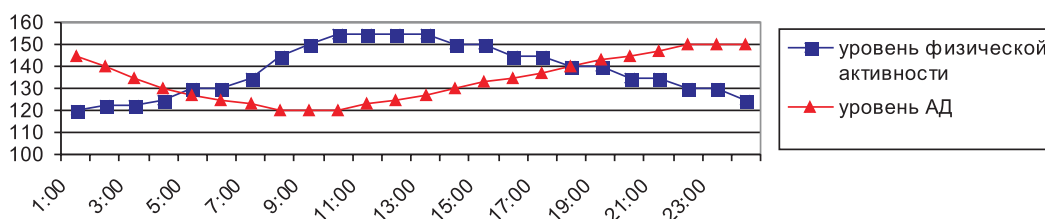
Патология периферических органов не что иное, как десинхронизация согласованной работы третичных пейсмекеров циркадианного ритма, длительное протекание которого ведет к нарушениям деятельности супрахиазматических ядер и лимбико-ретикулярного комплекса (неадаптированные отрицательные эмоции) и присоединению центрального компонента эндогенного десинхронизации. тгуетея социумом и осуществляется с пиком двигательной активности в утреннее время.

При мониторинговании больных ЭАГ были выведены ритмы синхронизации и десинхронизации динамики АД и физической активности. В случаях впервые возникшей ЭАГ, наблюдаются графики АД в общем соответствующие норме физической активности, но с появлением нескольких пиков повышения АД во время, не синхронизированное с физической активностью. У людей с гипертонией 3 иногда отмечаются хаотичные графики АД. Но в большинстве случаев мы отмечаем динамику АД, которая схематично отображена на следующих графиках:

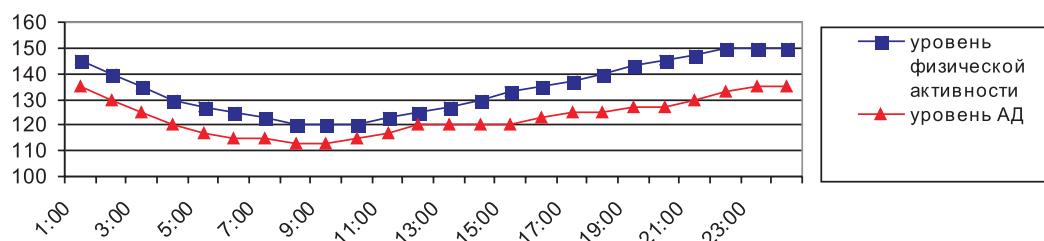
Синхронизация ритмов суточной активности и уровня АД у "жаворонок"



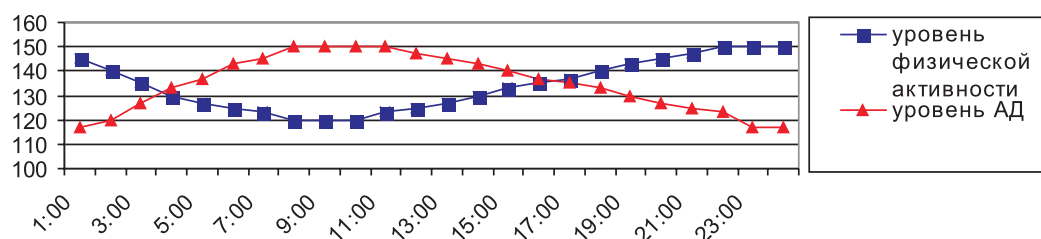
Десинхронизация ритмов суточной активности и уровня АД у "жаворонок"



Синхронизация ритмов двигательной активности и уровня АД у "сов"



Десинхроноз ритмов двигательной активности и уровня АД у "сов"



Хронобиологические исследования других авторов выяснили, что основным регулятором циркадианной ритмики является гормон мелатонин (индол-N-ацетил-5-метокситриптамин), предшественником которого является серотонин. Вырабатывается мелатонин тогда, когда сетчатка глаза не воспринимает свет. Согласно полиосцилляторной теории циркадианнных ритмов (предложенной в 1961 году Питтендраем) первичным пейсмейкером, синхронизирующим ритмы вторичных (некоторые структуры мозга, к которым относятся полосатое тело, контролирующее моторику и психические процессы, гиппокамп, связанный с организацией эмоционально-мотивационного поведения) и третичных (внутренние органы) пейсмейкеров, являются супрахиазматические ядра гипоталамуса (СХЯ). Это объясняет взаимосвязь СХЯ и симулирующего эффекта симпатического нерва, а так же высвобождению катехоламинов, глюкокортикоидов и т.д. Это в свою очередь объясняет повышение и понижение АД в ритмической последовательности. По данным С. И. Рапопорта, мелатонин оказывает следующие гипотензивные эффекты: благодаря синхронизирующим свойствам, способен ликвидировать рассогласование циркадианнных ритмов, ограничить функцию гопифизадреналовой системы, активирует дофамин-эргические и ГАМК-эргические механизмы, стимулирует синтез простагландина Е-2 (ПГЕ-2) и простоциклина, а так же мелатонин контролирует кальциевые каналы, тем самым, нарушая круг патогенеза АГ. Патологоанатомические исследования показали, что в пожилом возрасте наблюдаются дегенеративные изменения СХЯ, иногда сопровождающиеся их полной инволюцией. Это объясняет наличие хаотичной динамики повышения АД у некоторых больных и риск развития ЭАГ с возрастом.

Выводы:

1. Эссенциальная артериальная гипертензия, в большинстве случаев осложняется процессом дезадаптации по отношению к циркадианному ритму, являющийся эндогенным десинхронозом, возникающим либо при нарушении нормального ритма функционирования периферических органов, либо при нарушении ритмогенной функции центральных структур фотопериодизма.
2. Мелатонин - снимает напряжение в вегетативных центрах и коре головного мозга, расширяет сосуды, оказывает кардиопротекторное действие, понижает выброс стрессовых гормонов, тормозит РААС, ликвидирует рассогласование циркадианнных ритмов, ограничивает функцию гопифизадреналовой системы, активирует дофамин-эргические и ГАМК-эргические механизмы, стимулирует синтез ПГЕ-2 и простоциклина, контролирует кальциевые каналы, тем самым, нарушая круг патогенеза АГ.
3. Использование препарата мелатонина Мелаксена, в комплексной хронотерапии ГБ, осложненной десинхронозом, направленной на предотвращение эпизодов гипертензии, позволяет синхронизировать циркадианный биоритм колебания артериального давления, тем самым снизить скорость прогрессирования заболевания, уменьшение числа осложнений ГБ, таких как ОИМ, ОНМК.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арушунян Э.Б. Хронофармакология. - ТОП-Медицина, Ставрополь, 2000-376с.
2. В. Эллиот, Д. Эллиот. Биохимия и молекулярная биология. М.:ООО «Материк-альфа», Москва, 2000 г.
3. Заславская Р.М., Халберг А., Ахметов К.Ж.- Хронотерапия артериальной гипертензии// М.,Научно-издательское объединение «Квартет», Москва, 1996-256с.
4. Заславская Р.М., «Хронофармакология и хронотерапия» Триада-Х-2000, Москва,1997-210с.
5. Л.И.Ольбинская, Б.А.Хапаев «Роль суточного мониторинга артериального давления в диагностике и лечении кардиологических заболеваний», «Хронобиология и хрономедицина», Триада-Х-2000, Москва с.211-229.
6. Soergel M. Development of normative ambulatory blood pressure data in children. Arbeitsgruppe Padiatrische Hypertonie. Blood Pressure Monitoring.1999;4(3-4):121-126.
7. Lurbe E, Redon J, Liao Y, Tacons J, Cooper RS, Alvarez V. Ambulatory blood pressure monitoring in normotensive children. J Hypertens 1994;12:1417-23.

**ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОКРИСТАЛЛИЗАЦИИ СЛЮНЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ
ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЗУБНОЙ ЩЕТКИ
«SONICARE» В ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА**

Мохирева К. Е., Мухаметова А. Р.

Уральская государственная медицинская академия

Кафедра пропедевтики и физиотерапии стоматологических заболеваний

Научный руководитель: к.м.н., доц. Григорьев С. С.

Одной из доступных для исследования биологических жидкостей организма является слюна, которую вырабатывают слюнные железы. Слюна может выступать маркером патологических изменений не только в самих железах, но и в других органах [3]. Отмечено участие слюнных желёз в регуляторных реакциях целостного организма [1].

С диагностической точки зрения исследование слюны представляет собой перспективное направление для оценки ее качественных и количественных параметров. Научный интерес представляет также метод изучения кристаллизации слюны. Кристаллизация слюны на открытой стеклянной подложке не нарушает состава образца и может нам дать полную информацию о возникновении и развитии патологического процесса. Изменение формы кристаллов является следствием изменения физико-химических свойств слюны [3]. Однако метод кристаллизации имеет ряд недостатков: чувствительность кристаллизации к температурному режиму, влажности, запылённости, сложность количественного определения, так как образуемые структуры не имеют окраски. Метод кристаллизации образца в закрытой ячейке при анализе структурообразования белков сыворотки и плазмы крови также прост, однако этот процесс менее зависим от внешних условий. Медленное испарение воды, вызывающее фазовое расслоение, происходит по периметру плоского капилляра, образованного предметным и покровным стеклом [1,2].

Цель исследования: оценить возможности использования зубной щётки «SONICARE» в комплексном лечении больных с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени методом кристаллизации слюны в закрытой ячейке.

Материалы и методы: исследована смешанная слюна 15 больных (10 женщин и 5 мужчин) с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени в стадии ремиссии (средний возраст $43 \pm 1,5$ года) и 20 условно здоровых людей. Диагноз хронический генерализованный пародонтит средней степени поставлен на основании общеклинических методов клинко-лабораторного и инструментального обследования.

Сбор образцов смешанной слюны проводили после двукратного ополаскивания полости рта до чистки и после чистки зубов с использованием зубной щётки «SONICARE» фирмы «PHILIPS». Интервал между приёмом пищи и отбором проб слюны составлял не менее 2 часов. Пробирки со слюной центрифугировали 15 минут (3000 об/мин.), пипеткой отделяли надосадочную жидкость, которую использовали для исследования. Кристаллизацию образца проводили следующим образом. Две капли слюны, каждая объёмом 7-10 мкл, помещали на предметное стекло размером 76×26 мм и накрывали покровным стеклом размером 18×18 мм (предметные и покровные стёкла производства Германии). Приготовленные таким образом ячейки (две повторности одного образца) выдерживали в термостате при температуре 37°C в течение 1 суток. Исследование анизотропных структур проводили с помощью микроскопа МИМ-8М (фирма «ЛЮМО», г. С.-Петербург) при увеличении в 100 и 500 раз.

Результаты и обсуждение. Поляризационная микроскопия кристаллизованных ячеек с образцами смешанной слюны в группе сравнения показала образование оптически анизотропных структур нескольких основных типов, которые представлены на рис. 1



Рис. 1. – Тип кристаллизации слюны в группе сравнения. Ув.100

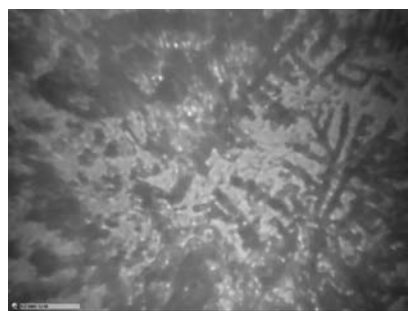


Рис. 2. – Тип кристаллизации слюны через 8 недель в исследуемой группе. Ув.100

В группе сравнения преобладали анизотропные структуры игольчатой формы (по типу папоротника). В основной группе преобладали дендриты и сферолиты 1-го типа.

Все пациенты основной группы после проведенного комплексного лечения использовали зубную щётку «SONICARE». Особая уникальность данной электрической зубной щётки состоит в том, что микропроцессор, встроенный в зубную щётку, управляет движением чистящей головки таким образом, при котором каждая щетинка производит уникальное движение. Динамический поток жидкости совместно с «миллионами воздушных пузырьков» проникает в самые труднодоступные места, эффективно очищая межзубное пространство, а щетинки активно счищают зубной налет и зубной камень. Поток из пасты, воды и слюны проникает между зубами, эффективно очищая труднодоступные для щетины участки.

Изучая микрокристаллизацию слюны у пациентов основной группы через 4 и 8 недель, обращает на себя внимание, что происходит нормализация параметров кристаллизации образцов смешанной слюны. В полученных образцах преобладают анизотропы 1-го типа к концу 8-й недели (рис.2). Визуально по данным клинического исследования мы также можем наблюдать клиническое благополучие.

Таким образом, использование зубной щётки «SONICARE» для индивидуальной гигиены полости рта в процессе комплексного лечения больных с заболеваниями пародонта способствует нормализации свойств ротовой жидкости, что подтверждается кристаллографическим методом.

Результаты нашего исследования позволили сделать следующие выводы.

Выводы

1. Применение зубной щётки «SONICARE» для индивидуальной гигиены полости рта на фоне комплексного лечения больных с заболеваниями пародонта целесообразно и эффективно, так как способствует улучшению микроциркуляции, обменных процессов в тканях пародонта.
2. Повышение эффективности комплексного лечения заболеваний пародонта с применением для индивидуальной гигиены полости рта зубной щётки «SONICARE» способствует нормализации свойств ротовой жидкости, что доказывается кристаллографическим методом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Барер Г.М. Вариабельность кристаллических агрегатов ротовой жидкости в норме. [Текст]/ Г.М. Барер, А.Б. Денисов, Т.М. Стурова//Российский стоматологический журнал, 2003, № 1. С. 33-35.
2. Лукиных Л.М. Болезни пародонта. Клиника, диагностика, лечение и профилактика. Руководство [Текст]/ Л.М. Лукиных, Е.Н. Жулев, И.Н. Чупрунова. - Издательство НГМА, Нижний Новгород, 2005. - 322 с.
3. Шатохина С.Н. Морфологическая картина ротовой жидкости: диагностические возможности. [Текст]/ С.Н. Шатохина, С.Н. Разумова, В.Н. Шабалин// Стоматология, 2006, № 4. С. 14-17.

УДК 616.895+159.9

ДИНАМИКА УРОВНЯ КОМПЛАЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ДО И ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ АРТ-ТЕРАПИИ

Муштафин Д. В., Пуликян Л. С., Соколова А. О.

*Челябинская государственная медицинская академия
Кафедра психиатрии и наркологии*

Научный руководитель: к.м.н., асс. Шарова О. Н.

Актуальность проблемы. Осознанное и ответственное отношение больных к процессу лечения любого, в том числе онкологического, заболевания, определяется термином «комплаентность» (Шафигуллин М. Р., 2008). Она является маркером готовности больного к сотрудничеству с лечащим врачом и является одним из важных элементов успешного лечения онкологической патологии. Вопрос о методах повышения комплаентности больных с онкологическими заболеваниями в отечественной литературе освещен мало.

В связи с этим обстоятельством, целью данного исследования явилось: изучить влияние психотерапевтической методики (арт-терапия) на уровень комплаентности у онкологических больных.

Задачи. 1. Изучить феноменологию психического состояния онкологических больных; 2. Определить уровень комплаентности у больных онкологического профиля до проведения психотерапии методом арт-терапии и после проведения психотерапии.

Материал и методы. С помощью клинико-анамнестического и экспериментально-психологического методов обследовано 20 пациентов (n=20) с локализацией онкопатологии в желудочно-кишечном тракте. Исследование проводилось в предоперационном периоде хирургического лечения онкологического заболевания. Средний возраст больных составил 49,2 лет, лиц мужского пола – 35% (n=7), лиц женского пола – 65% (n=13). С помощью шкалы краткой психиатрической оценки BPRS (J.E. Overall, D.R. Gorham, 1962), в которой описана шкала «Отказ от сотрудничества» с 7-уровневой оценкой данного параметра, нами были выделены три уровня комплаентности: 1. Отказ от сотрудничества с врачом отсутствует или находится на минимальном уровне (1-2 балла) – нормальная комплаентность; 2. Средний уровень отказа от сотрудничества (3-4 балла) – средняя комплаентность; 3. Высокий уровень отказа от сотрудничества (5-7 баллов) – низкая комплаентность. Оценка комплаентности проводилась дважды: до и после проведения групповой психотерапии. Групповая психотерапия была представлена методом арт-терапии, которая отражала проекцию своего эмоционального состояния на бумагу с помощью карандашей и фломастеров. Количество проведенных психотерапевтических сессий составило от 2 до 6. Продолжительность одного сеанса составила в среднем 1,5 часа.

Результаты. У всех обследованных больных – 100% (n=20) выявлены симптомы психических расстройств, которые были отнесены к следующим диагностическим рубрикам МКБ-10: 1. Острая реакция на стресс (F43.0) у 20% (n=4); 2. Расстройства адаптации (F43.2) с ведущим клиническим синдромом – расстройство поведения и эмоций – у 35% (n=7); 3. Посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1) у 10% (n=2); 4. Диссоциативные расстройства (F44.8) в виде расстройства множественной личности и синдрома псевдодеменции – у 35% (n=7). Оценка комплаентности проводилась с учетом трех уровней: нормальный (НК), средний (СК) и низкий (НизК) уровни. У всех больных (n=4, 100%) с диагнозом F43.0 обнаружены СК и НизК. У больных с диагнозом F43.2 – СК и НизК выявлены у 55% (n=4), с диагнозом F43.1 – у всех больных (n=2, 100%), с диагнозом F44.8 – у 85% больных (n=6). Полученные результаты позволяют предположить существование взаимосвязи психического состояния больных с уровнем их комплаентности.

На следующем этапе нашего исследования мы сравнили уровень комплаентности до и после проведения психотерапии. До проведения психотерапии - нормальный уровень комплаентности (НК) обнаружен у 40% пациентов (n=8), средний уровень комплаентности (СК) – у 10% (n=2), и низкий (НизК) уровень комплаентности – у 50% (n=10). Средний и низкий уровень комплаентности вместе составили 60%, что свидетельствовало о достаточно большом количестве пациентов с онкологической патологией, не готовых полноценно сотрудничать с врачом. Это отражает низкую готовность большинства обследованных больных выполнять рекомендации врача и соблюдать лечебно-охранительный режим стационара, что подтверждает необходимость проведения психокоррекции у данной категории больных.

После проведения групповой психотерапии – нормальный уровень комплаентности (НК) обнаружен у 70% пациентов (n=14), средний уровень комплаентности – у 20% (n=4), низкий уровень комплаентности – у 10% (n=2). Средний и низкий уровень комплаентности после проведения арт-терапии вместе составили 30%, что свидетельствовало

о снижении количества пациентов с онкологической патологией, не готовых полноценно сотрудничать с врачом в два раза, в сравнении с выявленным уровнем комплаентности у этих же больных до проведения психотерапии.

Проведенное исследование носило пилотный характер, о чем свидетельствует малая выборка пациентов. В связи с этим статистические методы не применялись.

Выводы. Феноменология психического состояния больных с онкологической патологией желудочно-кишечного тракта представлена диагностической рубрикой F 4 МКБ-10 «Психические и поведенческие расстройства, связанные со стрессом и невротические расстройства». Полученные результаты позволяют предположить существование взаимосвязи клинического психопатологического синдрома у больных с уровнем их комплаентности.

Проведение психотерапии у онкологических больных с помощью арт-терапии способно повысить уровень комплаентности у данного профиля больных, что приводит к более высокой готовности больных к сотрудничеству с врачами и качественному выполнению их назначений, рекомендаций на госпитальном и постгоспитальном этапах, что в конечном итоге отражает полноценное и активное участие больного в лечебном процессе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шафигуллин Марат Рифкатович. Нозогенные реакции у больных злокачественными новообразованиями желудка(клиника, психосоматические соотношения, терапия): автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. 14.00.18. - «Психиатрия». - Москва, 2008. - 22 с.

УДК 616 - 089

ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Мусуков Б. М., Тлупова Л. М.

*Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х. М. Бербекова
Кафедра общей хирургии*

Научный руководитель: д.м.н., проф. Канцалиев Л. Б.

Актуальность проблемы. Сахарный диабет (СД) – одно из наиболее распространенных хронических заболеваний, которое постепенно приобретает черты неинфекционной эпидемии. Согласно данным ВОЗ, общая численность больных сахарным диабетом в 2000 году составляла 130млн человек, а на сегодняшний день насчитывается более 170млн больных.

Синдром диабетической стопы (СДС) - патологическое состояние стоп при сахарном диабете, возникающее на фоне поражения периферических нервов, сосудов, кожи, мягких тканей, костей и суставов и сопровождающееся деструктивными и гнойно-некротическими процессами. СДС возникает чаще при неадекватном лечении диабета.

Этот синдром, который в половине случаев заканчивается ампутацией одной или обеих нижних конечностей, возникает у 80% больных СД спустя 15 – 20 лет после начала заболевания. В 40% наблюдений после первой ампутации на уровне бедра или голени больные теряют мобильность и могут передвигаться только по квартире. В 60-70% случаев после ампутации одной конечности могут развиваться гнойно-некротические осложнения на оставшейся стопе, что также может явиться показанием к ее ампутации. Развитие влажной гангрены у больных сахарным диабетом наблюдается в 40 раз чаще, по сравнению с пациентами, страдающими атеросклерозом сосудов нижних конечностей.

Встречается в виде трех клинических форм: нейропатической, нейроишемической и смешанной.

При нейропатической поражается периферическая нервная система с нарушением чувствительности. Магистральный кровоток не страдает.

При нейроишемической форме нейропатия менее выражена, но всегда доминирует декомпенсированная, критическая ишемия. Ее причиной служат полилокальные окклюзии и стенозы, преимущественно дистальных артерий. С развитием необратимой ишемии развивается влажная гангрена, или неконтролируемый сухой некроз.

Целью настоящего исследования является: определение эффективности внутривенной и/или местной озонотерапии в комплексном лечении больных с синдромом диабетической стопы.

Задачи:

1. Определить влияние озонотерапии на эндотоксикоз при синдроме диабетической стопы.
2. Определить экономический эффект озонотерапии при лечении синдрома диабетической стопы.

Материал и методы исследования. Анализу были подвергнуты результаты лечения 68 больных с гнойно - некротическими осложнениями синдрома диабетической стопы. Из них 56% больных были женщины и 44% больных мужчины. Средний возраст больных в среднем 62 года.

У 75% больных имелась сопутствующая сердечнососудистая патология, у 15% больных была хроническая дисциркуляторная энцефалопатия. Большинство больных поступило в крайне тяжелом состоянии, с признаками развивающейся полиорганной недостаточности.

Почти все пациенты страдали сахарным диабетом 2 типа, причем в стадии декомпенсации было 34 больных, стадия субкомпенсации у 30 больных, впервые выявленный сахарный диабет тяжелой формы был у 4 больных. Средняя продолжительность сахарного диабета у данной категории больных составила 13 лет. По форме гнойно-некротического поражения конечности пациенты распределились следующим образом:

- флегмона и абсцесс стопы (3 степень по Wagner) - 32;
- гангрена одного или нескольких пальцев стопы (4 степень) - 20;
- распространенная гангрена стопы, с выраженными явлениями интоксикации (5 степень)- 16. Из них у одного пациента одновременно были поражены обе стопы.

Для определения эффективности озонотерапии в комплексном лечении больных синдромом диабетической стопы, мы разделили их на 2 группы.

Первую контрольную группу (26) составили больные, получавшие лечение по традиционной схеме. Всем больным проводилось комплексное обследование несколькими специалистами (хирург, эндокринолог, реаниматолог), на основании которого им назначалось лечение включающее в себя консервативную терапию и хирургическое вмешательство.

Консервативное лечение начиналось с коррекции и/или компенсации сахарного диабета с обязательным переводом на инсулин. Использовали антибактериальную, симптоматическую и иммуностимулирующую терапию, а также средства для снижения явлений критической ишемии и улучшающие реологические свойства крови (мексидол, реополиглюкин, трентал).

Во второй основной группе (42) традиционное лечение дополняли сеансами местной и общей озонотерапии.

При общей озонотерапии внутривенно вводили 200мл озоннасыщенного 0,9% раствора хлорида натрия с концентрацией озона 800-1000 мкг/л ежедневно. Продолжительность курса зависела от общего состояния больных, течения раневого процесса, динамики биохимических, клинических и иммунологических параметров организма.

Местная озонотерапия в послеоперационном периоде включала в себя ежедневные перевязки ран и введение в дренажи озонированного физиологического раствора с концентрацией 3,3- 4 мг/л, аэрацию пораженной конечности озон-кислородной газовой смесью в пластиковом изоляторе.

Производили клинические, гематологические, бактериологические исследования до начала лечения, на 3-5-7 сутки. О степени интоксикации судили по показателям средних молекулярных масс (СММ) и лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) по Кальф- Калифу.

В основе хирургического лечения лежит принцип сбережения тканей и максимального сохранения длины стопы.

Результаты и обсуждение.

Бактериологически осуществляли идентификацию возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам (данные представлены в таблице 1).

Таблица 1

Частота высеваемости возбудителей

Возбудитель	Частота
St.aureus	55.8%
St.epidermidis	28.4%
Ps.aurugenosea	12.2%
Ассоциации (St.aureus + St.epidermidis)	42.8%

Объем выполненного хирургического лечения больным синдромом диабетической стопы представлен в таблице 2.

Таблица 2

Объем хирургического лечения СДС

Степень СДС по F. Wagner	Объем операций								Всего
	Вскрытие флегмон		Экзартикуляция пальцев		Ампутация (резекция) стопы		Ампутация нижней конечности		
	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа	
III степень	36	13					1	2	52
IV степень			15	12	5			1	33
V степень							5	7	12
Всего	36	13	15	12	5		6	10	97

В контрольной группе ампутация на уровне средней трети бедра была произведена у 10 больных (15%).

В лечебной основной группе под воздействием озонотерапии количество ампутации на уровне бедра удалось сократить до 6 (9%) и произвести ампутации стопы на уровне суставов Лисфранка или Шопара у 5 (7.5%) пациентов.

Умерло двое больных, у одного послеоперационный период осложнился развитием ТЭЛА и другого – острой сердечнососудистой недостаточностью.

Нами производился локальный визуальный осмотр ран мягких тканей пациентов ежедневно на перевязках. До начала лечения отмечалось гнойное отделяемое, выраженный фибринозный налет на дне ран, отек. В процессе лечения озон у больных к 3-5-м суткам манипуляции в области ран не вызывали каких-либо болезненных ощущений. Отмечалось значительное уменьшение болей, отечности и гиперемии тканей, более раннее очищение ран по сравнению с контрольной группой. Дни госпитализации уменьшились в среднем на 7 суток.

Показатели эндотоксикоза в обеих группах свидетельствуют о том, что под воздействием общего и местного использования озона наступала более быстрая детоксикация. Так, уровень СММ и ЛИИ в основной группе приходил в норму к 5 суткам, а в контрольной лишь на 9-10 дни.

Выводы:

1. Озонотерапия в основной группе позволила сократить койко-дни в среднем на 7 суток.
2. Курсы озонотерапии оказывают выраженный лечебный эффект при СДС, просты в использовании, доступны любому хирургическому стационару
3. Методы озонотерапии в условиях финансового кризиса - экономически оправданы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ефимов А. С. Диабетические ангиопатии. - М., 1989.
2. Дедов И. И., Анциферов М. Б., Галстян Г. Р., Токмакова А. Ю. Синдром диабетической стопы. -М., 1998.

УДК 179.8+141.333

ОПЫТ ВСТРЕЧИ С СОБСТВЕННЫМ «ПОДПОЛЬЕМ»

Набоков Т. И.

*Омская государственная медицинская академия
Кафедра философии, социально-гуманитарных и экономических наук
Научный руководитель: к.ф.н. Мироненко Т. В.*

Часто идешь по улице и видишь перед собой человека физически или материально обделенного, старого, просто со скорбным лицом. Просыпается жалость. Не сочувствие, не соучастие и желание помочь, а именно жалость. Нельзя на него смотреть без этого жжения внутри. Сразу бросается в глаза его неполноценность, своеобразное отличие от других и от тебя. Появляются мысли: «Неужели никто не видит, что ему помощь нужна? Почему никто? А я? Я ведь могу!» Становишься сам себе противен оттого, что есть у тебя возможность помочь ему (хотя бы теоретическая), облегчить эти муки, да, просто, ободрить, но ты не делаешь этого. Видишь и мимо проходишь. Причем это не черствость, не слепота – ты видишь, и тебя задевает это. А особенно отвратительно, когда ты не черствый сухарь – стараешься помочь там, где это возможно (разумеется, от чистого сердца). А здесь – мимо.

И не отпускает тебя этот случай. Уже давно человек пропал из виду, времени много прошло, а тебя все гложет что-то (совесть?). Потом появляется раздражение. Раздражение этим человеком, недовольство им, вплоть до ненависти. Проклинаешь бедолагу, сетуешь на встречу.

Почему? Отчего так бывает? Что он в тебе задел, чем вызвал такую бурю?

Для начала: сочувствие и жалость. Сочувствие. Ты стараешься испытать чувства другого, разделить их с ним. Помощь направлена на помощь, а не на свое самолюбие.

А жалость? Отвратительнейшее чувство. Жалок. Ты, невольно, сравниваешь себя и другого – не в его пользу, разумеется. Объект жалости (изъяны человека) делает его ничтожным, мелким, зависящим от того, кто пожалел. Жалеющий же, наоборот, разворачивается, выпрямляется, он совершенен. Его недостатки меркнут. Он как бы превосходит сам себя. Жалость унижает. Она предполагает опеку, помощь «морально-корыстную» (богачи, что дают деньги беднякам из жалости, прежде всего себя убеждают, что у них все отлично; другой слабее (чем ты), помоги ему, а он будет тебе благодарен (обязан)). Опека утверждает отношения слабый-сильный. Хозяин-слуга. Владеющий-подчиняющийся.

Жалость – негативное чувство, но, все же, не жалость ведет к такой ненависти. Часто пожалев – помогаешь (скрытые мотивы не имеют здесь значения, важен результат). Но не является ли «жалость вообще ... пороком доброты»? А действительность ее не проистекает ли из тайного ею дурного начала? Она ликует при виде чужих мучений, получая от них наслаждение, «вкушает их яд».

Так что же здесь? Какие еще чувства вызывает жалкий? Брезгливость? Страх (он - неизвестный, неизвестное - страх)? Отвращение?

Может быть, эти переживания влекут за собой ненависть? Нет. Отвратительный алкоголик, валяющийся в грязи и собственных испражнениях, вызывает эти чувства, но ненависти к нему нет – обходишь и забываешь. А маленькая худенькая бабуля в изношенной одежде, пытающаяся выбрать из кошелька мелочь на полбулки хлеба – вот оно, то, что вызывает желание не видеть этого. Чтобы она исчезла.

Может быть, здесь наша совесть повинна? Видел что плохо, не помог и мучаешься? Стыдно, что оказался не благородным человеком, тем, кто отворачивается от чужих проблем. Помогая тем, кто «достоин» твоего внимания? Значит то, что ты раньше принимал за сочувствие, оказалось жалостью?

Но здесь опять другое! Богач, жалея бедняка, обнаруживает, прежде всего, свои «достоинства» (недостатки другого здесь играют второстепенную роль). Жалость, вытаскивающая ненависть, напротив, первично обращает внимание на недостатки другого, которые тянут, однако, за собой твои собственные недостатки, но иного характера. Сталкиваясь со скрытыми собственными недостатками лицом к лицу – удивляешься, они оглушают тебя. Всегда был о себе высокого мнения, а здесь – такое! Как это похоже на поведение людей во время критических, опасных ситуаций, когда все скрытое всплывает на поверхность! Сразу становится ясно, кто чего стоит.

Оглушение сменяется неприятием (по принципу единственного исключения, подтверждающего правило), но осадок то остается. Не все так как прежде. Ты заглянул на свою «темную сторону» и она оставила след – теперь ты о ней знаешь. Неизвестно, когда же еще она заявит о себе. А ты предпочитаешь не видеть, отвернуться от этого и сосредоточиться на другом. Ты хороший – он плохой. Одним своим появлением он разрушил то, что ты выстроил вокруг себя. Помочь ему, что бы он вошел в «список твоих добродетелей», ты не можешь (или уже не можешь), остается лишь ненавидеть.

Но ненависть делает нас несчастными. Врят ли прав Э. Сиоран, настаивая на том, что мы не должны противиться «зову нашего нутра». Конечно, укротить, усмирить это чувство не так-то легко. Но совесть говорит нам о необходимости такой работы.

А возможна ли вообще такая работа? Только в том случае, если подобная ситуация повторится, когда исключение станет правилом, когда опыт ненависти не затихнет в тебе, а будет говорить, взывая к твоей подлинности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Чоран, Э-М. Признания и проклятия: Философская эссеистика. - СПб, 2004.
2. Чоран Э-М. Из книги «Разлад» / Апокалипсис смысла. Сборник работ западных философов XX – XXI вв. - М., 2007.

САМООЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ЛИЦ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

Нагатьева А. А., Кравцова С. А., Гуликян К. Н., Шпеттер М. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра физиологии*

Научный руководитель: д.б.н., проф. Михайлова Л. А.

Проблема здоровья человека как психического, так и физического, – это глобальная проблема всего человечества. Функциональное состояние организма человека зависит от многочисленных влияний экологического и социального характера. К началу двадцать первого столетия сформировались устойчивые негативные тенденции в состоянии здоровья населения детского и юношеского возраста, что привело к серьезным медико-социальным последствиям, связанным с воспроизводством населения, формированием кадрового и интеллектуального потенциала. Согласно данным разных авторов, в последнее десятилетие наблюдается снижение показателей здоровья студентов [1, 2, 3, 6]. Это диктует необходимость проведения исследований, целью которых является разработка подходов, направленных на оценку и сохранение уровня здоровья этого контингента населения как трудового потенциала страны.

В последние годы из многих понятий, используемых в социальных исследованиях, стало особенно выделяться понятие «качество жизни» как интегральная системообразующая характеристика целого ряда факторов (социальных, духовных, этнокультурных, медицинских, экономических, политических, экологических, техногенных и т.д.), определяющих условия жизни, деятельности, развития человека и его положение в обществе [5]. Развитие человека в значительной степени зависит от состояния среды жизнедеятельности, которое определяется государством, обществом и природными факторами. Оно включает внешнюю безопасность, внутреннюю безопасность, экологию, питание, транспорт, жилье, образование, уровень доходов и многое другое. Таким образом, внутреннее качество человека, определяется интегративным показателем здоровья, и зависит от качества среды жизнедеятельности, т.е. качества жизни. Поэтому вопросы качества жизни, все нормативы, стандарты, организационные решения должны рассматриваться с учетом их положительного влияния на физическое и психическое здоровье человека.

Цель исследования: дать оценку качеству жизни лиц юношеского возраста, их психологическому и психофизиологическому статусу с учетом группы здоровья.

Объект исследования. Проведено обследование 75 студентов второго курса КрасГМУ в возрасте от 18 до 21 года, из них 28 (37,3%) юношей и 47 (62,7%) девушек. Согласно анкетированию, 28% лиц отнесли себя к I группе здоровья, 43% ко II группе, 25% к III и 4% к IV группе здоровья.

Методы исследования. Для оценки качества жизни, была использована методика анкетирования и анализ данных по шкалам SF-36 [4]. Оценка психологического состояния проводилась по результатам тестов психических состояний (по Айзенку), определялся уровень социально-психологической адаптированности (по А.К Осницкому), тревожности (по Ч.Д. Спилбергеру, Ю.Л.Ханну), агрессии (по Басса-Дарки) и мотивации к успеху (по Элерсу) с использованием ПС «Комплексная оценка здоровья студентов».

Результаты исследования самооценки качества жизни студентов по шкале SF-36 представлены в табл.1.

Таблица 1

**Средние показатели шкал здоровья у лиц юношеского возраста
с различными группами здоровья (медиана показателя)**

Группа здоровья	ФФ, %	РФФ, %	Б, %	ОЗ, %	Ж, %	СФ, %	РЭФ, %	ПЗ, %
I	91	89,5	79	88,6	78	81	84,5	81,4
II	95,7	84,3	80,1	70,4	79,2	87,2	88,6	78,2
III	95	72	68,9	51,2	71,3	76,9	80,2	66
IV	83,2	50	63,6	42,7	35,9	60	50	62,5

Первый критерий оценки качества жизни по SF-36, является «физическое функционирование»- ФФ, отражающие субъективно оценку респондента объема своей повседневной физической нагрузки. Согласно полученным данным наибольший показатель этой шкалы отмечают у лиц I и II группы здоровья. Показатели ФФ у лиц, отнесших себя к IV группе здоровья, был минимальным и составлял 83,2%, что на 7,8% ниже, чем у I группы здоровья.

Следующей характеристикой качества жизни является показатель РФФ, характеризующей роль физических проблем в ограничении повседневной жизнедеятельности, которые обусловлены проблемами со здоровьем. Установлено, что достоверных отличий между группами здоровья нет. Этот показатель изменяется в пределах: от 89,5 % до 50%. Шкала Б описывает субъективные ощущения боли, как ограничитель физического здоровья. Согласно полученным данным достоверных изменений между группами не выявлено: от 79% до 80,1% студентов испытывают болевые ощущения, несмотря на то, что они относятся к I и II группе здоровья.

Установлено, что на показатель шкалы ПЗ влияют такие параметры как «тревожность», «агрессивность», «ригидность». При этом большой вклад вносит фактор «личностная тревожность» по сравнению с «реактивной тревожностью».

Шкала РЭФ тесно связана с результатами психологического тестирования по таким факторам как «адаптация», «самопринятие», «принятие других», «эмоциональная комфортность», «подозрительность», «стрессоустойчивость».

Определенную параллель можно провести между шкалой «ФФ» и такими показателями психологического состояния как «физическая агрессия», «косвенная агрессия», «вербальная агрессия».

Наличие показателей, характеризующих состояние физического и психологического здоровья, самооценка состояния здоровья важны как для самого обучающегося, так и для вуза и страны в целом, поскольку позволяет определить потенциал здоровья у молодого поколения и тем самым направлены на сохранения здоровья населения всего государства.

Таким образом, результаты исследования показателей качества жизни и психологического уровня студенческой молодежи позволяют говорить о высоком значении уровня шкал, отражающих их физический статус - ФФ и РФФ. Шкалы ПЗ, РЭФ и СФ тесно связаны с рядом параметров, отражающих психологический статус студентов.

Наличие показателей, характеризующих состояние физического и психологического здоровья, самооценка состояния здоровья важны как для самого обучающегося, так и для вуза и страны в целом, поскольку позволяют определить потенциал здоровья у молодого поколения и тем самым направлены на сохранения здоровья населения всего государства.

Уровень здоровья (или группа здоровья) определяют уровень самооценки физического и психофизиологического статуса молодого человека. Это показали проведенные исследования и расчет корреляционных взаимовлияний между исследуемыми параметрами. Детальное исследование выявленных закономерностей будет проведено в наших дальнейших исследованиях, результаты которых важны как для практического применения, так и теоретических выкладок состояния и функционирования организма в молодом возрасте.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агаджанян Н.А. Здоровье студентов. - М.: Россия, 1997. - 200с.
2. Кузнецова Л. М., Кузнецов В. Д., Тимошенко К. Т. Показатели психического здоровья современных старшеклассников и студентов вуза // Гигиена и санитария. - 2008. - №3. - С. 59-63.
3. Негашева М.А., Мишкова Т.А. Антропометрические параметры и адаптационные возможности студенческой молодежи к началу XXI века // Росс. пед. ж., 2005. - №5. - С. 12-16.
4. Новик А.А., Ионова Т.Н., Гандек Б. и др. Показатели качества жизни населения Санкт-Петербурга // Проблема стандартизации здравоохранения - 2001. - №4. - С. 22-31
5. Рабочая книга социолога. - М.: Наука, 1976. - 307 с. Сергиенко В.И., Бондарева И.Б. Математическая статистика в клинических исследованиях. - М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. - 106с.
6. Социальная сфера Санкт-Петербурга и Ленинградской области. - СПб.: Петербургкомстат, 1998. - 125с.

УДК 614.87:15

ЭКОЛОГИЧЕСКИЙ КРИЗИС КАК ФИЛОСОФСКАЯ ПРОБЛЕМА

Нагатьева А. А., Кравцова С. А., Шпеттер М. А., Гуликян К. Н.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра философии, этики, эстетики и медицинской деонтологии с курсом политической социологии*

Научный руководитель: д.ф.н., проф. Кудашов В. И.

Наряду с многочисленными преимуществами, присущими индустриальным обществам, для них характерно как возникновение новых, так и обострение уже существующих экологических и ресурсных проблем. Совокупное воздействие интенсивного сельского хозяйства, возросшей добычи полезных ископаемых и урбанизации значительно усилило деградацию потенциально возобновимых ресурсов - верхнего почвенного слоя, лесов, пастбищ, а также популяций диких животных и растений. Индустриализация значительно увеличила власть людей над природой и в то же время уменьшила численность населения, живущего в непосредственном контакте с ней. В результате люди, особенно в промышленно развитых странах, еще сильнее уверились в том, что их назначение состоит в покорении природы.

Целью данной работы является рассмотрение именно философских аспектов взаимоотношений человека и природы.

Объектом исследования являются экологические проблемы, а предметом – их философское осмысление.

Экологическая проблема – это изменение природной среды в результате антропогенных воздействий, ведущее к разрушению структуры и функционирования природных систем (ландшафтов) и приводящее к негативным социальным, экономическим и иным последствиям.

На сегодняшний день существует немало форм, в которых представлено экологическое движение, это не только активность “зеленых”, но школы экологической этики, это новые практики, такие как глубинная экология. Это многочисленные экологические научные дисциплины на стыке наук - экологическое право, экологический менеджмент, математическая (количественная) экология и т.д. Можно говорить, что экология становится философией, но это происходит тогда, когда осознается аспект, связывающий экологию с формированием нового сознания личности и общества. Экология в философском измерении позволяет увидеть философскую проблему сознания как в сугубо гносеологическом, так и онтологическом плане. Научная рациональность поставлена под сомнение. Актуализируется традиционная, но забытая, начиная с эпохи гносеологизма, проблематика философии природы.

Человек, вычлененный из общей биологической среды, биосферы, неизбежно утрачивает перспективы соучастия в творческом потоке движения к смыслу. Это ощущение отделенности, отпадения переживаются как состояния депрессии, вплоть до суицидных настроений и наркомании. Таким образом, мы имеем дело, прежде всего именно с бытийным, экзистенциальным кризисом, кризисом самоидентичности человека как природного и духовного существа.

За прошедшие десятилетия, несмотря на успехи экологии как научной дисциплины, зародившийся одновременно с ней поиск эко-культуры, массовое понимание соответствующей проблематики не только не развились качественно, но и подверглись некоторой неизбежной при всяком застое смысловой эрозии. В сознании неспециалиста, (а экологическая проблематика, - и это важно подчеркнуть, - по сути своей, не “специальная”, личностна), - экология ассоциируется с защитой среды (понимаемой как существующая где-то, - будь то проблема озера Байкал или вырубка лесов Амазонии), акциями протеста, эскапистскими опытами маргинальных “чистых” хозяйств и проч. Необходимо, прежде всего, продвигаться к глубинному экологическому пониманию мира - пониманию природы как единственного и совершенного дома человеческого сознания, достигшего своего завершения в ноосфере.

Осознав сам факт этого “внутреннего эко-кризиса”, обнаружив за мнимой ясностью хаос и бессмысленность, человек неизбежно приходит к необходимости радикальных изменений. Такой человек постигает полноту события своего присутствия как тотальность живого. Его деятельность инициируется глубочайшим удовлетворением, сопровождающим расширение границ восприятия. Речь идет, таким образом, о человеке целостном, воплощающем в себе и природу, и цивилизацию в точке их взаимного пересечения, снимающем противоречия физического и духовного, естественности и технологического прогресса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Заковоротская М.В., Идентичность человека. Социально-философские аспекты, Ростов-на-Дону, СКНЦ ВШ, 1999.
2. Кудашов В.И., Экология сознания.- СибЮИ МВД России, Красноярск, 2006 - С. 172-184.
3. Кудашов В.И. // Environmental Ethics in modern philosophy XX world congress of philosophy, Seoul National University, Seoul, Korea ,2008- P. 37
4. Солодухо Н.М. Актуальные вопросы всеобщей экологии, Казань, 2007- С. 195-209

УДК 61 (091)

КРАСНОЯРСКИЕ МЕДИКИ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1941–1945 ГГ.)

Нагатьева А. А.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом ПО

Научный руководитель: ст. преп. Сабанова А. О.

Выбор настоящей работы обусловлен, в первую очередь, ее актуальностью. Время стремительно идет вперед, Великая Отечественная война стала историей, в 2005 году исполнилось 60 лет со дня её окончания, в следующем году будет 65 лет... За эти годы многим помогли воскреснуть люди в «белых халатах». Со слов четырежды кавалера ордена Славы, очевидца и участника войны, нашего земляка, Николая Евгеньевича Литвиненко: «...для медиков того времени было характерно выполнение клятвы Гиппократ до конца».

Сравнивать уровень оказания медицинской помощи во время войны и сейчас бессмысленно. Очевидец войны, командир санитарного взвода, фельдшер Мария Миронова Асташкина вспоминает, что спасение жизни человека не являлось подвигом.

Безусловно, вклад врачей, медсестер, санитаров прогрессивен в любое время: мирное или военное. Это дает основание сделать объектом работы медицину в крае в годы войны.

Предметом нашего исследования следует считать положение медицины в городе и крае во время войны, её вклад в приближение Победы в тылу и на фронте.

Хронологические рамки работы ограничены периодом 1941- 1945 гг.

Целью работы является определение места и роли медицины и медицинских работников в общем успехе в Великой Отечественной войне.

Задачи:

1. Исследовать деятельность медицины в указанный период
2. Установить связь медицины с общественными сферами в жизни человека
3. Выявить значимость труда медицинских работников

Методы исследования: Работа построена по реферативному типу, исследование проводилось с архивными неопубликованными источниками, на выставке, основанной на фондах музеев, взяты интервью у очевидцев, ветеранов ВОВ и на анализе опубликованных документов.

Работа частично может быть использована как дополнительный материал к занятиям по истории медицины, она интересна медикам и историкам.

Проанализировав работу медиков в военное время, пришли к выводу, что Красноярский край стал одной из первых территории страны, которой пришлось за короткий срок наладить работу по оказанию медицинской помощи. Несмотря на тяжелейшие условия медиков, они нашли в себе силы заниматься и научной деятельностью. В результате этого снизились сроки лечения по отдельным видам ранения, расширилось лабораторное, физиообслуживание и рентгеноисследование раненых. В период войны применялись новые технологии лечения: грязе-, физио-, водолечение. Главная цель работы красноярских медиков в тылу и на фронте – вернуть в строй здоровых бойцов. Благодаря организованной реабилитационной работе и добродушному отношению населения края, раненые быстро выходили из депрессивного и подавленного состояния. Девизом медицинских работников стали слова известного голландского медика Ван Тьюльпа: «Светя другим, сгораю сам!!!». Они спасали жизни людей, не считая это подвигом, они оказывали помощь независимо от условий и независимо оттого, кто был ранен: боец Красной Армии или враг-немец. Для медиков того времени в основе лежала не материальная заинтересованность, а клятва, данная Гиппократу.

ВКЛАД КАСНОЯРСКИХ МЕДИКОВ В ОБЩЕЕ ДЕЛО ПОБЕДЫ ОПРОВЕРГНУТЬ НИКАК НЕЛЬЗЯ!!!

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеевич с. У войны не женское лицо. Москва. 2004.с. 266
2. А. Доброновская.- Госпитали края в годы Великой Отечественной войны // Городские новости.- Красноярск. 2000. 25 мая.
3. Боевые подруги (сборник о женщинах Красноярского края на фронтах Великой Отечественной войны). Красноярск. 1989.с. 146.
4. Мешалкин п.Н. Красноярск, Очерки истории города. Красноярск. 1988. с. 254.
5. Ханенко Б.И, Здравоохранение Красноярского края. Красноярск. 1991. с. 6-7, 88.

ИСТОЧНИКИ

1. ГАКК. Ф. 383, оп. 1 д.74-ис., л. 37-38.
2. ЦХИДНИКК, ф.17, оп. 1, д. 646, л. 218-219.
3. А. Аграновский. Глубокий тыл // Красноярский рабочий 1943. 16 ноября. № 283

ВЛИЯНИЕ ЕСТЕСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ И НЕКОТОРЫХ МЕТОДОВ ТРАДИЦИОННОЙ И НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ НА ЧАСТОТУ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРВИ И ГРИППОМ СТУДЕНТОВ КРАСГМУ

Назарова Е. А., Иванова Ю. С., Яковлева О. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра латинского и иностранных языков*

Научный руководитель: асс. Юрчук Г. В.

Актуальность: Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) относятся к группе массовых заболеваний и составляют ежегодно около 90 % всей инфекционной патологии. Особенно негативное влияние на состояние здоровья человека оказывают повторные заболевания этими инфекциями. По данным ВОЗ, ежегодно каждый взрослый в среднем два раза болеет гриппом или другими ОРВИ. Нередко развиваются серьезные осложнения, такие как пневмония и поражение ЛОР-органов, в 2–3 % – миокардит. У 60 % лиц, перенесших ОРВИ или грипп, в течение одного месяца развивается синдром поствирусной астении (СПА), сопровождающийся эмоциональными нарушениями, психическими расстройствами и постоянной усталостью, ухудшающими качество жизни и отрицательно влияющими на трудоспособность.

Целью данной работы является: выявить частоту и тяжесть заболевания ОРВИ и гриппом у студентов и сотрудников КрасГМУ и определить роль и влияние естественных факторов (занятия спортом, зарядка, пребывание на свежем воздухе), а также некоторых методов традиционной и народной медицины на этот процесс.

Задачи:

1. создать анкету по сбору данных касающихся ОРВИ и гриппа у студентов КрасГМУ.
2. определить частоту заболевания ОРВИ, гриппом у студентов 1-2, 6 курсов КрасГМУ.
3. определить эффективность вакцинации для профилактики заболевания гриппа и ОРВИ, эффективность традиционных и методов народной медицины для профилактики и лечения ОРВИ и гриппа.
4. на основании частоты и длительности заболевания ОРВИ и гриппом выявить группы неболевших, с эпизодом заболевания 1 раз в год, и часто болеющих.
5. на основании полученных данных сделать выводы и рекомендации.

Для решения поставленных задач была разработана анкета, где отражены: частота заболеваемости, длительность болезни, вакцинации против гриппа, применение традиционных и народных способов профилактики и лечения, обращение за врачебной помощью, занятие спортом и др.

Всего опрошено студентов 1-6 курсов - 93 человека. Из них болело гриппом и ОРВИ - 76 (82%), не болело - 17 (18%). Причем 1 раз в год болело - 50 (54%), 2-3 раза в год - 20 (21,5%), более 3-х раз в год - 6 (6,5%).

При анализе и сравнении частоты и длительности заболевания ОРВИ и гриппом было выделено 3 группы: болеющих 1 раз в год, 2-3 раза в год, более 3-х раз в год. Установлено, что у студентов 1 группы в большинстве своем - 28 (56%) из 50 продолжительность заболеваемости до 5 суток, при этом они страдали более легкими формами заболевания. В группе, где заболевание протекало 2-3 раза в год, длительность протекания заболевания до 3 суток не выявлена, заболевание протекало более тяжело с большей длительностью от 5 до 7 суток и более (95%). Аналогично в группе с частотой заболевания более 3-х раз в год, длительность заболевания (83,3%) более 5 суток.

Следует отметить, что осложнения в 1 группе - 1 (2%) во 2 группе - 1 (5%), в 3 группе - 2 (33,3%). Отмечается низкая обращаемость к врачу и самолечение – (19,7%). Необходимо отметить, что из 76 больных, вакцинированных было - 19 (25%).

При анализе зависимости частоты и длительности заболевания от вакцинации против гриппа и ОРВИ установлено, что в 1 группе из 50 заболевших 9 (18%) студентов были вакцинированы против гриппа при этом у 7 из 9 грипп и ОРВИ протекал в более легкой форме с продолжительностью заболевания до 5 суток. В группе болевших 2-3 раза в год среди привитых, заболевание протекало также легко из 6 привитых у 5 человек длительность составляла 3-5 суток. И только в группе болеющих 5-7 суток из 4 привитых у 3-х заболевших носило тяжелую форму.

Таким образом, отмечается очень низкий процент вакцинации у студентов КрасГМУ, а наличие вакцинации обуславливает менее длительное, более легкое течение ОРВИ и гриппа.

При проведении анализа частоты и длительности заболевания от применения народных средств установлено, что с целью профилактики и лечения из 76 больных, 58 (76,3%) использовали народные средства (напитки из шиповника, липа с калиной, малина с медом, прополис, пихтовое масло, редька, чеснок с медом и др.). На фоне применения народных средств в 1-й группе из 39 (78%) болеющих, где они применялись, у 24 (48%) зарегистрировано более легкое и менее длительное течение заболевания. Во 2-й группе из 20 заболевших народные средства применялись в 19 (95%) случаях из них у 11 (55%) заболевших отмечалась более легкая и менее длительная форма заболевания.

Таким образом, методы народной медицины позволяют ускорить процесс дезинтоксикации и выздоровления.

При установлении зависимости частоты и длительности заболевания от применения традиционных средств (антибиотики, противовирусные препараты) установлено, что в 1-й группе препараты применялись в 23 (46%) случаях, а противовирусные препараты у 31 (62%), причем препараты применялись без назначения врача с разными курсами лечения чаще от 2-х до 5 дней. Во 2-й группе антибиотики применялись в 11 (55%) случаях, противовирусные препараты - 14 (70%).

Следует отметить, что выраженной зависимости влияния традиционных препаратов на длительность и тяжесть заболевания не выявлено. Они применялись чаще с 3-х суток от начала заболевания и являлись препаратами для профилактики и лечения возможных бактериальных осложнений при вирусных заболеваниях.

При выявлении частоты и длительности заболевания от занятий спортом и пребыванием на свежем воздухе установлено, что как в 1-й группе, так и во 2-й группе занятия спортом и пребывание на свежем воздухе оказывает положительное влияние на течение заболевания ОРВИ и гриппа. Так в 1-й группе из 28 (56%) заболевших занимающихся спортом у 19 (38%) заболевание протекало в легкой форме с длительностью до 5 суток. Во 2-й группе из 6 (30%) заболевших занимающихся спортом у 4 было отмечено легкая форма заболевания.

Таким образом, занятия спортом и пребывание на свежем воздухе способствует сокращению длительности заболевания ОРВИ, гриппом и повышает уровень сопротивляемости организма (иммунитета).

Выводы:

1. регистрация высокого процента заболеваемости гриппом и ОРВИ из 93 опрошенных – 76 (82%) больных, при этом большое количество случаев повторных заболеваний (35%).
2. отмечается низкая обращаемость к врачу и самолечение антибиотиками и противовирусными препаратами.
3. низкий процент вакцинации студентов, у вакцинированных установлено менее длительное, более легкое течение ОРВИ и гриппа.
4. влияния антибиотиков и противовирусных препаратов на длительность и тяжесть заболевания не выявлено. Но они предупреждают возможные бактериальные осложнения при вирусных заболеваниях.
5. занятия спортом и пребывание на свежем воздухе способствует сокращению длительности заболевания ОРВИ, гриппом и повышает уровень сопротивляемости организма (иммунитета).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Амосова Е. Н., Бурчинский С. Г. Клинико-фармакологические аспекты эффективности препаратов группы Колдрекс при лечении ОРВИ и гриппа // Ежедневник Аптека. — 2000. — № 43. — С. 8–9
2. Иванников Ю. Г., Жуков А. О., Парсагашвили Е. З. Смертность от гриппа, ОРЗ и острой пневмонии как один из факторов, определяющих здоровье населения // Вестн. Рос. АМН. — 1994. — № 9. — С. 44–48.
3. Карпов О. И. К рекомендациям безрецептурных средств, основанным на фармакоэкономике // Фармацевтический Вестник № 31(230), 23 октября 2001 г, Москва, РФ, С. 15
4. Машковский М. Д., Лекарственные средства, Москва «Медицина» 2000.
5. Учайкин В. Ф. Диагностика, лечение и профилактика гриппа и острых респираторных заболеваний у детей. — Москва, 2001. — 16 с.
6. Фисенко В. П. Безопасность и токсичность мультисимптомных средств от простуды и гриппа в преддверии холодного сезона // Фармацевтический вестник № 28, 24 сентября 2002 г.
7. Goodman & Gilman's The pharmacological basis of therapeutics, ninth edition, McGraw-Hill health Professions Divisions, 1996.
8. Hemila H. / Vitamin C, respiratory infections and the immune system // Trends Immunol. 2003. — Iss. 11. — P. 579—80.

УДК 617.55-007.43-089

СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Назарьянц Ю. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра общей хирургии*

Научные руководители: д.м.н., проф. Винник Ю. С., д.м.н., проф. Петрушко С. И., д.м.н., проф. Горбунов Н. С.

Паховые грыжи входят в число распространенных заболеваний, являясь частой патологией в общих хирургических отделениях. Операции по поводу паховых грыж занимают первое место среди плановых хирургических вмешательств [1, 4, 5].

Современные герниологи L. Nyhus, R.E. Condon и др, утверждают, что любая паховая грыжа является следствием растяжения или возникновения дефекта поперечной фасции. По литературным данным, в России за 1 год выполняется более 200 000 герниопластик при паховых грыжах, из них более 70% традиционными способами. В США из 700 000 грыжесечений в 10-15% отмечается возникновение рецидивов, расходы на повторное лечение составляют более 28 млн. долларов [2, 3].

Разработка и внедрение в хирургическую практику более эффективных методов лечения и предупреждения развития рецидивных форм паховых грыж определяет актуальность избранной темы.

Цель исследования: улучшить эффективность хирургического лечения паховых грыж за счет усовершенствования технологии укрепления задней стенки пахового канала.

Задачи исследования: 1. Разработать патогенетически обоснованную методику пластики задней стенки пахового канала перемещенным лоскутом поперечной фасции и комбинированным методом. 2. Изучить ближайшие и отдаленные результаты предлагаемых методик герниопластики.

Материалы и методы: За период с 2003 г. по 2006 г. в ГКБ № 7 было прооперировано 87 больных с паховыми грыжами, которым был применен, разработанный нами способ пластики задней стенки пахового канала «перемещенным лоскутом поперечной фасции», а также комбинированным способом – с применением сетчатого эндопротеза. Средний возраст для мужчин составил 51±14,5 года, для женщин 50±12,2 года.

Всем больным производились общеклинические методы комплексного обследования органов и систем, лабораторные и инструментальные методы исследования. Больные осматривались врачом терапевтом, кардиологом, анестезиологом, а при необходимости и другими узкими специалистами. Клинический метод обследования традиционно включал сбор анамнеза заболевания, анамнез жизни, жалобы, и физикальные методы исследования.

Способ осуществляли следующим образом: после вскрытия пахового канала семенной канатик брали на держалки, затем выделяли и вскрывали грыжевой мешок, содержимое которого вправляли в брюшную полость, при ущемленных грыжах оценивали жизнеспособность, прошивали у шейки грыжевой мешок, иссекали грыжевые оболочки. Поперечную фасцию рассекали в продольном направлении ближе к подвздошно-лонному тяжу от глубокого пахового кольца до лонного бугорка. Медиальный листок поперечной фасции острым и тупым путем отделяли от предбрюшинной жировой клетчатки и мышечно-апоневротической части объединенного сухожилия и прямой мышцы живота. Затем в поперечном направлении от лонного бугорка на 4-5 см в медиальную сторону рассекали поперечную фасцию, а у края прямой мышцы живота - продольном направлении на протяжении 4-6 см., формировали лоскут, который перемещали в паховый канал. Латеральный край перемещенного лоскута подшивали к подвздошно-лонному тяжу мононитью 5/0 от лонного бугорка до глубокого пахового кольца с формированием последнего диаметром 2 см. Медиальный край перемещенного лоскута, так же, начиная от лонного бугорка и до глубокого пахового кольца на всем протяжении, подшивали без натяжения к объединенному сухожилию. Далее на перемещенный лоскут поперечной фасции укладывали семенной канатик, поверх которого ушивали апоневроз наружной косой мышцы живота и послойно ушивали послеоперационную рану. Таким образом, мобилизованный медиальный лоскут поперечной фасции перемещали и фиксировали в паховом канале взамен разрушенной поперечной фасции пахового промежутка, укрепляя заднюю стенку пахового канала. Предлагаемый

способ комбинированной пластики задней стенки пахового канала применялся при сложных и рецидивных паховых грыжах. Техника выполнения аналогична описанному способу, только задняя стенка пахового канала дополнительно укреплялась аллопластическим материалом (сетчатый полипропиленовый эндопротез).

Результаты исследований: Общеизвестно, что определяющим моментом в грыжеобразовании является состояние задней стенки пахового канала, мышц и их сухожильных образований, участвующих в укреплении поперечной фасции; высокий уровень фиксации внутренней косой и поперечной мышц к пупартовой связке. Изменения верхней стенки пахового канала сводятся к атрофии и перерождению мышечных волокон с оттеснением их вверх, что влечет за собой увеличение пахового промежутка (табл. 1.).

Таблица 1

Состояние мышц пахового канала

Состояние мышц	Количество (n=87)	Процент 100 %
Хорошее	29	33,3 %
Удовлетворительное	46	52,9 %
Неудовлетворительное	12	13,8 %

У 33,3 % больных с паховыми грыжами, состояние мышц расценивалось, как хорошее, у них был выражен серповидный апоневроз. В 52,9% случаев выявлено удовлетворительное состояние мышечной ткани, сухожильные окончания прослеживались в виде отдельных волокон, которые практически не укрепляли поперечную фасцию. В 13,8% наблюдалось неудовлетворительное состояние мышечной ткани, имели разволокнение нижнего края боковых мышц живота, плохо была выражена связка Henle.

В связи с тем, что при прямой и так называемой косой грыже с выпрямленным каналом наиболее выраженные патологические изменения наблюдаются в области задней стенки пахового канала, особенно поперечной фасции, главным моментом реконструкции является укрепление задней стенки во всех случаях герниопластики. Несмотря на более чем вековой опыт, проблема выбора пластики при паховом грыжесечении остается актуальной и в настоящее время.

Нами разработан принцип выбора пластики пахового канала (табл. 2) в зависимости от анатомо-топографических характеристик пахового канала (высота пахового промежутка, степень разрушения поперечной фасции, выраженность объединенного сухожилия).

Таблица 2

Выбор вида герниопластики в зависимости от анатомических особенностей пахового канала

Степень разрушения поперечной фасции	Выбор герниопластики
I степень	Фергюссон, Шолдайс
II степень	Шолдайс, Перемещенный лоскут поперечно фасции, Лихтенштейн
III степень	Лихтенштейн, Комбинированный способ

В раннем послеоперационном периоде (табл. 3) осложнения отмечены у 6-ти больных: у двух инфильтрат в области послеоперационного рубца (2,2%) и отек мошонки у одного пациента. В одном случае атония мочевого пузыря (1,4%) и послеоперационный парез кишечника (1,4%). Проведенная противовоспалительная и антибактериальная терапия была эффективна у всех пациентов.

Таблица 3

Характер послеоперационных осложнений у больных исследуемой группы

Структура послеоперационных осложнений	Абсолютное число	Процент
1. Поверхностный инфильтрат	2	(2,2 %)
2. Отек мошонки	1	(1,4%)
3. Серома	1	(1,4%)
4. Атония мочевого пузыря	1	(1,4%)
5. Парез кишечника	1	(1,4 %)
Всего	6	6,9%

В одном случае атония мочевого пузыря (1,4%) и послеоперационный парез кишечника (1,4%). Проведенная противовоспалительная и антибактериальная терапия была эффективна у всех пациентов.

Исходы операции, включающие оценку до одного года, мы расценивали (А. И. Барышников; 1960; А. А. Барков, 1972; А. И. Коршунов, 1978) как ближайшие результаты лечения, на основании которых нельзя делать окончательные выводы. Достоверными следует считать результаты двухлетней давности и выше.

Нам удалось проанализировать отдаленные результаты, у 83-х из 87-ми больных исследуемой группы в сроки до 6 лет. Основными критериями эффективности метода в отдаленном периоде служили отсутствие или наличие жалоб, связанных с методом герниопластики; восстановление трудовой деятельности на производстве и в быту; отсутствие или наличие рецидива заболевания; полное или неполное достижение анатомо-функционального и косметического эффекта. По полученным данным и результатам осмотра все больные были распределены на три группы: 1-больные с «хорошими», 2-«удовлетворительными», 3- «неудовлетворительными» результатами (табл. 4.).

**Отдаленные результаты пластики задней стенки пахового канала перемещенным лоскутом
и комбинированным способом**

Пол	Результаты герниопластики		
	хорошие	удовлетворительные	неудовлетворительные
Муж	71 (85,2%)	1* (1,3%)	–
Жен	10 (12,0%)	1* (1,3%)	–
Всего	81 (97,2%)	2 (2,6%)	–

В первую группу с «хорошими» результатами были включены больные, у которых после герниопластики наступало полное клиническое выздоровление, восстанавливалась прежняя трудоспособность, наступал положительный анатомо-функциональный и косметический эффект, больные не предъявляли жалоб, рецидив заболевания отсутствовал. Ко второй группе с «удовлетворительными» результатами были отнесены пациенты, у которых при отсутствии рецидива заболевания, отмечались жалобы на периодические или постоянные боли в области послеоперационного рубца, пониженную трудоспособность; однако часть из них продолжало выполнять свою прежнюю работу, а часть была переведена на другую, более облегченную. Третья группа с «неудовлетворительными» данными оценивалась при наличии рецидива грыжи. Из анализа данных видно, что из общего числа наблюдений у 97,2% пациентов отдаленные результаты были хорошими; у 2,6% - расценены, как удовлетворительные; неудовлетворительных исходов не было.

Таким образом, анализ ближайших и отдаленных результатов у 83 оперированных нами больных показал, что в зоне соединительнотканного регенерата рецидива грыжи не зафиксировано.

Выводы:

1. Предложенные методики пластики пахового канала перемещенным лоскутом поперечной фасции живота и комбинированным методом надежно укрепляют заднюю стенку пахового канала, являются малотравматичными и патогенетически обоснованными.

2. Применение перемещенного лоскута поперечной фасции и комбинированного способа, позволяет снизить количество осложнений в раннем послеоперационном периоде на 25%, и уменьшить вероятность возникновения рецидива грыж.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Жебровский В. В. Хирургия грыж живота и эвентрации // Симферополь: Бизнес-Информ. – 2002. – С. 438.
2. Тоскин, К. Д. Грыжи брюшной стенки / К. Д. Тоскин, В. В. Жебровский. – М.: Медицина. – 1990. – 269 с.
3. Янов, В. Н. Способ аутодермальной пластики при «трудных» формах паховых грыж // Вестник хирургии. – 2001. – № 3. – С. 49-51.
4. Lichtenstein, I. L. The cause, prevention, and treatment of recurrent groin hernia / I. L. Lichtenstein, A. G. Shulman, P. K. Amid // Surg. Clin. North Am. – 1993. – Vol. 73, № 3 – P. 529-544.
5. Repair of giant incisional abdominal wall hernias using open intraperitoneal mesh / C. Bernard, C. Polliand, L. Mutelica et al. // Hernia. – 2007. – Vol. 11, № 4. – P. 315-320.

УДК 616-006-085.837.3-092.9

**ФЛУОРЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА ПЕРВИЧНОГО РАКА ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА АЛАМИНА**

Нейман О. И., Яськевич Л. С.

*Белорусская медицинская академия последипломного образования
ГВ Республиканский научно-исследовательский центр онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова
Кафедра онкологии*

Научный руководитель: д.м.н., проф. Яськевич Л. С.

Актуальность проблемы: ежегодная заболеваемость плоскоклеточным раком органов головы и шеи в мире составляет около 400 000 случаев (Parkin D.M., 1992; Pignon J.P., 2000). В США ежегодно диагностируются приблизительно 40 000 случаев, в Европе – 60 000 случаев данной патологии. Установлено, что в США ежегодно умирают от этого заболевания 12 000 пациентов. Такая же статистика прослеживается и в Европе.

В Республике Беларусь было зарегистрировано вновь выявленных случаев рака слизистой оболочки полости рта и ротоглотки в 2006 году - 717, 2007 году - 686, 2008 году - 735 больных. В 13% случаев установлена I стадия, 37% - II стадия, 27% - III стадия и 23% - IV стадия. Несмотря на то что данные новообразования относятся к опухолям визуальной локализации у 50%-75% больных диагностируют местно-распространенный процесс – T3-4 N0-3. У такой группы больных наблюдаются высокие показатели смертности - 40% больных умирают на первом году жизни от момента установления диагноза. [1,2,3].

Таким образом, одним из ключевых прогностических факторов у этих больных является стадия заболевания в момент его выявления. Если заболевание выявляется на ранней стадии, то стандартным подходом к лечению является хирургический и/или лучевой методы. При использовании традиционных методов лечения пятилетняя выживаемость для плоскоклеточного рака головы и шеи I стадии составляет 75-90%, для II стадии -40-70%. В этой группе пациентов повышается риск от смерти от второй (метахронной) опухоли по сравнению с риском смерти от локорегионального прогрессирования и отдаленного метастазирования. При выявлении заболевания на поздних стадиях пятилетняя выживаемость от 10 до 50% и прогрессирование опухолевого процесса в основном проявляется локорегиональными рецидивами. [6,7].

Для этой группы больных наиболее значимо усовершенствование методов лечения, направленных на повышение локорегионального контроля и сохранения функции органа. Несмотря на множество анатомических зон сегодня до сих пор остается открытым вопрос по выбору методов диагностики ранних форм заболевания, облигатных и факультативных предраков, рака in situ и методов дальнейшего лечения. Используемые в настоящее время методы диагностики злокачественных новообразований слизистой полости рта и ротоглотки (осмотр, пальпация, УЗИ, КТ) в большинстве случаев

не позволяют определить местное и регионарное распространение опухоли, что является крайне важным для проведения радикального лечения. Одним из перспективных методов ранней диагностики злокачественных опухолей является флуоресцентная лазерная спектроскопия. Фотодинамическая диагностика и терапия являются принципиально новыми методами диагностики и лечения злокачественных опухолей различной локализации

Суть метода заключается в регистрации фотонов испускаемых атомами при переходе из электронно-возбужденного состояния в основное. Возбуждение атомов, как правило, происходит при поглощении ими квантов лазерного излучения. Затем атомы переходят в основное состояние, при этом испускают кванты светового излучения. Данный процесс носит название флуоресценции.

Различают аутофлуоресценцию, т.е. способность к флуоресценции веществ, входящих в состав тканей (витамины, сложные белки) и вторичную – суть заключается во взаимодействии с компонентами клеток особых веществ (люминофоров), способных к более интенсивной флуоресценции. [7,8].

Разработанный в центре естественно-научных исследований института общей физики АН универсальный спектроанализатор используемый для диагностики состоит из паративного многоканального спектроанализатора, источника лазерного излучения - лазер с длиной волны 632,8 нм (номинальная мощность 5МВт), система светофильтров, У-образный многоканальный волоконно-оптический катетор диаметром 2мм (катетор вводится в эндоскоп или в пункционную иглу). Свет от лазера подается на выходной конец У-образного катетора, а затем в орган (устанавливается непосредственный контакт катетера с органом или на расстоянии 4 мм от него), флуоресцентный, рассеянный свет и свет поступающий из органа поступает в приемное волокно, окружающее центральное волокно доставки света. Выходной конец катетера соединяется со спектроанализатором (волокна идут в ряд для лучшего восприятия отраженного светового сигнала). Принимаемый сигнал преобразуется (аналого-цифровое преобразование) в оперативную память компьютера. Оценивается соотношение интенсивности флуоресценции и так называемой лазерной линии - интенсивности излучения, диффузно-отраженного от ткани.

В 1990г. канадцем J.C.Kennedy et all. был разработан новый подход к фотодинамической диагностики, основанный на использовании эндогенных механизмов индуцирования фоточувствительности [10]. Идея заключалась в создании таких условий в организме, при которых бы происходил синтез избыточного количества эндогенных порфиринов непосредственно в тканях опухоли. Для этого пациентам перорально назначали d (delta) – аминолевулиновую кислоту (АЛК), которая сама по себе не является фотосенсибилизатором и в клетке не накапливается. При экзогенном введении АЛК временно «перегружает» нормальный путь биосинтеза гемма и приводит к накоплению протопорфирина IX в опухолевых клетках. В нормальных тканях протопорфирин IX переходит в гем, беспрепятственно в силу того, что в ней имеется достаточное количество железа. [11,12].

5-АЛК зарегистрирована в Канаде под названием левулан (фирма DUSA Pharma) и в Норвегии, как метвикс (фирма Photocure). 5-АЛК с успехом используется для лечения кератозов, базальноклеточного рака, диагностики и лечения эзофагиомы Баррета, рака мочевого пузыря, опухолей головного мозга, желудка [14].

На основе 5-АЛК в Институте биоорганической химии НАНБ в 2005г. разработан более дешевый белорусский аналог аламин. На сегодняшний день фотосенсибилизатор зарегистрирован в МЗ РБ и разрешен для использования в клинике при проведении флуоресцентной диагностики рака мочевого пузыря [2,3].

Исследования А.А.Мохорта с коллегами продемонстрировали эффективность использования аламина в качестве диагностического препарата [2,3].

Целью нашего исследования является разработка методики и оценка эффективности флуоресцентной диагностики первичных и рецидивных опухолей орофарингеальной зоны с использованием фотосенсибилизатора аламина.

Задачи исследования:

- разработать и внедрить методику флуоресцентной диагностики с аламином первичного рака орофарингеальной зоны для повышения радикальности хирургического лечения выявления субклинических очагов опухолевого роста я,
- разработать и внедрить методику флуоресцентной диагностики с аламином первичных и рецидивных опухолевых поражений для выявления ранних рецидивов в течение первого года после проведенного лечения.

Материалы и методы: на базе республиканского научно-практического центра онкологии и медицинской радиологии имени Н.Н.Александрова, усилиями двух отделений: отделения фотодинамической терапии и гипертермии и онкологического отделения опухолей головы и шеи проведены пилотные исследования на 10 больных первичным раком орофарингеальной зоны I-II стадии с использованием отечественного фотосенсибилизатора аламина в дозировке 1,5 мг на 500 мл. минеральной воды, путем полоскания в течение 25 минут, с дальнейшим спектрофотометрическим исследованием на экспериментальной лазерной установке ЛЭСА-6 с длиной волны 620-680 нм.

У всех 10 пациентов подтверждено интенсивное свечение опухоли в диапазоне с длиной волны в виде двух пиков на 630 и 680 нм.

У 2 пациентов из исследуемой группы выявлены очаги субклинического роста опухоли не визуализированных при других методах диагностики

В настоящий момент исследования продолжаются с использованием аламина для диагностики метастатических, рецидивных очагов опухолей данной локализации.

Выводы: применение флуоресцентной диагностики с фотосенсибилизатором аламином позволит более точно определить размеры и распространение опухолевого процесса, выявить субклинические очаги опухолевого роста с целью повышения радикальности хирургического лечения, выявления ранних рецидивов опухолевого роста в первый год после проведенного лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Миронов А.Ф. Фотодинамическая терапия рака – новый эффективный метод диагностики и лечения злокачественных опухолей/А.Ф.Миронов//Со-росовский образовательный журнал.-1996.-Т.2,№8.С.32-40.
2. Мохорт А.А. Применение препарата «Аламин» для фотодинамической диагностики рака мочевого пузыря /А.А. Мохорт// Здравоохранение. – 2007.- №11.-С.73-76.
3. Мохорт А.А. Сравнение эффективности применения отечественного препарата «Аламин» для фотодинамической диагностики рака мочевого пузыря и Российского препарата «Аласенс»/А.А.Мохорт//Мед.панорама.-2007.-№11.-С.55-58.
4. Странадко Е.Ф. Исторический очерк развития фотодинамической терапии /Е.Ф.Странадко// Лазерная медицина.-2002.-Т.6,№1.-С.4-8.
5. Улащик В.С. Фотодинамическая терапия и ее применение в клинической практике/В.С. Улащик //Здравоохранение.2006.-№6.-С.24-28.

6. Фотодинамическая диагностика при поверхностном раке мочевого пузыря. Первый опыт применения в ГУ РНПЦОМР им Н.Н.Александрова /А.А. Мохорт [и др.]//Актуальные проблемы онкологии и медицинской радиологии: Сб. науч. работ ГУ «РНПЦОМР им Н.Н.Александрова»-Минск, 2002 .С. 85-89.
7. Фотодинамическая терапия злокачественных опухолей основных локализаций с препаратами фотогом и фотосенс (результаты трехлетних наблюдений) /В.В.Странадко [и др.]// Вопросы онкологии.-1995.-Т.41,№1.-С.134-138
8. Экспериментальные исследования Аламина как средства для фотодинамической диагностики и терапии злокачественных новообразований/ П.Т.Петрова [и др.]//Человек и лекарство: материалы X Российского национального конгресса,Москва,7-11 апреля2003г.-Москва,2003.-С.20-25.
9. Clinical pharmacokinetic studies of photofrin by fluorescence spectroscopy in the oral cavity, the esophagus and the bronchi/D.R. Braichotte [et al.]//Cancer.-1995.-Vol.75,№11.-P.2768-2778.
10. Fingar,V.H.Vascular effects of photodynamic therapy/V.H. Fingar //J.Clin.Laser.Med.Surg.-1996.-Vol.14,№5.-P.323-328.
11. Freitas,I.Lipid accumulation: the common feature of photosensitizerretaining normaland malignant tissues (news)/I.Fretos//J.Photochem.photobiology.-1990.-P.359-361.
12. Kessel,D.Mitochondrial photodamage and PDT-induced apoptosis/D.Kassel,Y.Luo//J.Photochem.Photobiology.-1998.Vol.42,№2.-P.89-95.
13. MacDonald,I.J.Basic principles of photodynamic therapy /I.J.MacDonald, T.J.Dougherty//J.Porphyrin.Phthalocyanines.-2001.-Vol.5.№2.-P.105-129
14. N Verteporfin therapies for subfoveal choroidal neovascularization in age-related macular degeneration: Three-year results of an open-label extension of 2-randomized clinical trials-TAP report no.5/M.S.Blumenkranz [et al.]//Arch.Ophthalmol.-2002.-Vol.120№10.-P.1307-1314.
15. PH effects on the cellular uptake of four photosensitizing drugs evaluated for use in photodynamic therapy of cancer/E.G. Friberg [et al.]//cancer.Left.-2003.-Vol.195,№1.-P.73-80.

УДК 616.379 – 008.64 – 053.2 – 085.357.036

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА НА ШПРИЦ-РУЧКЕ И НА ПОМПОВОЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ

Нефёдова А. А.

Челябинская государственная медицинская академия

Кафедра детских болезней № 2

Научный руководитель: к.м.н. Сабирова А. В.

Актуальность темы: сахарный диабет (СД) продолжает оставаться тяжелым бременем для национальных служб здравоохранения всех стран мира. Он является одной из основных причин ранней инвалидизации и высокой летальности у детей. Несмотря на принятие в большинстве стран мира национальных программ по борьбе с СД, его распространенность продолжает увеличиваться не только среди взрослого населения, но и среди детей. Экспертная оценка, проведенная авторитетными диабетологами мира, позволяет предполагать, что к 2010г. в мире будет насчитываться более 239,4млн., а 2030 – около млн. больных СД [1]. В настоящее время совершенствуется лечение детей с СД I типа, на данный момент, это введение инсулиновых помп. Для определения эффективности лечения используют оценку качества жизни (КЖ). В настоящее время исследование качества жизни является одним из актуальных научных направлений и выделено как приоритетное в отечественной медицине на долгосрочный период. Качество жизни – это интегральная характеристика физического, психологического и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии [4].

Цель настоящего исследования: Оценить качество жизни детей с сахарным диабетом I типа у детей, находящихся на лечении шприц-ручкой и на помповой инсулинотерапии.

Задачи исследования:

- ✓ Изучить клинические особенности у детей с СД I типа
- ✓ Оценка качества жизни детей на шприц-ручке
- ✓ Оценка качества жизни на помповой терапии

Материал и методы исследования: Для достижения поставленной цели и решения задач был проведен ретроспективный анализ 30 историй болезни больных с сахарным диабетом I типа, поступивших в эндокринологическое отделение детской областной клинической больницы г.Челябинска за период V-X – 2008г, анкетирование детей и родителей с помощью опросников PedsQL 4.0 Generic Core Scales (для детей в возрасте от 13 до 18 лет, от 8 до 12 лет, от 5 до 7 лет). Опросник включает шкалы: ФФ – физическое функционирование, СФ – социальное, ЭФ – эмоциональное, ЖШ – жизнь в школе. Оценка производится по 100 бальной шкале. Чем выше балл, тем лучше КЖ. В ходе статистического анализа данных был использован метод кросстабуляции с вычислением критерия хи-квадрат. Отличия были признаны статистически значимыми при уровне $p < 0,05$.

Полученные результаты. Было выделено 3 группы больных: 1-ая – дети находятся только на шприц ручке; 2-я – дети уже в течение длительного времени (6 мес. и более) на помповой инсулинотерапии. 3-я группа, тестировалась дважды (первоначально на шприц-ручке, 2-ое тестирование проводилось уже на помпе через 6 месяцев);

Клиническая характеристика детей

Признаки	1 группа (n=7)	2 группа (n=13)	3 группа (n=7)
Средний возраст	14 лет (от 10 до 16 лет)	12,9 лет (от 7 до 17 лет)	12 лет (от 6 до 17 лет)
Пол	муж. – 28,6%, жен. – 71,4%	муж.84,6%; жен 15,3%	муж.42,86%; жен 57,14%
Стаж заболевания (средний)	5 лет (от 1 до 8 лет)	5,9 лет(от 1,5 до 12 лет)	6 лет (от 2 до 13 лет)
Отягощенная наследственность по СД	отягощена у 28,6%	отягощена у 23,07%	отягощена у 42,86%
Самоконтроль (определение уровня сахара с помощью глюкометра в течение дня)	неудовл. 57,14%; удовл. 42,86%.	неудовл.7,69% удовл. 92,31%.	неудовл.14,28% удовл. 85,72%.
Уровень гликозилированного гемоглобина	11,0%	9,4 %	9,7%
Наличий осложнений СД Липодистрофии	85,7%	100%	100%
диаб. гепатоз хайропатия 1 ст. ангиопатия	71,4%	23,07%	57,14%
сетчатки диаб. нефропатии	57,1%	23,07%	28,57%
	57,1%	23,07%	28,57%
	28,6%	7,69%	14,28%

При оценке показателей качества жизни были получены следующие результаты.

Показатели качества жизни детей на шприц-ручке (n=7) при заполнении опросника детьми и родителями

Показатели	Дети 8-12 лет (n=7) Среднее значение/ стандартное отклонение	Родители (n=7) Среднее значение/ стандартное отклонение	P
ФФ	74,67±7,82	62±7,28	0,003
ЭФ	51,67±6,54	55±4,47	0,0002
СФ	73,92±7,92	79,17±8,21	0,005
ЖШ	48,33±10,46	65±7,07	0,03

Как видно из представленной таблицы, получены статистически значимые отличия показателей качества жизни при заполнении опросника детьми и родителями. Дети выше, чем родители оценили свое физическое и эмоциональное функционирование. И более низко социальное функционирование, и жизнь в школе.

Показатели качества жизни детей, находящихся на помповой инсулинотерапии более 6 месяцев (n=13) при заполнении опросника детьми и родителями

Показатели	Дети 8-12 лет (n=13) Среднее значение/ стандартное отклонение	Родители (n=13) Среднее значение/ стандартное отклонение	P
ФФ	89,42±2,42	70,33±4,81	0,0001
ЭФ	77,08±3,51	59,17±4,47	0,002
СФ	88,33±2,91	73,33±5,98	0,0001
ЖШ	80,42±2,78	66,25±4,44	0,017

Как видно из представленной таблицы, получены достоверно более высокие показатели качества жизни по всем шкалам при заполнении опросника детьми.

Показатели качества жизни 3-ей группы детей, которые анкетировались на шприц ручке и через 6 месяцев после перехода на помповую инсулинотерапию

Показатели	на шприц - ручке Среднее значение/ стандартное отклонение	На помпе Среднее значение/ стандартное отклонение	P
ФФ	78,29±5,4	76,57±7,35	0,86
ЭФ	55,71±6,94	75±6,27	0,001
СФ	67,86±10,23	83,57±7,54	0,006
ЖШ	60±4,36	68,57±2,37	0,44

Как видно из представленной таблицы при переходе на помповую инсулинотерапию у детей статистически достоверно стали выше показатели эмоционального и социального функционирования.

Выводы

1. Дети первой группы выше, чем родители оценили свое физическое и эмоциональное функционирование. И более низко социальное функционирование, и жизнь в школе.
2. Дети из второй группы статистически достоверно выше, чем родители оценили качество жизни по всем шкалам.
3. При переходе на помповую инсулинотерапию у детей третьей группы статистически достоверно стали выше показатели эмоционального и социального функционирования.

Заключение: на современном этапе развития медицины определение эффективности лечения в эндокринологии должны быть ориентировано не только на стандартные клинические критерии, но и на показатели качества жизни, полученные с помощью адекватных методов исследования. Длительное течение заболевания, необходимость постоянной терапии, вынужденное изменение образа жизни больного подтверждают положение о том, что показатели качества жизни являются неотъемлемым элементом в комплексной оценке состояния больного [3]. Исследование качества жизни позволяет осуществлять мониторинг состояния больного в период реабилитации и отслеживать как ранние, так и поздние осложнения, а также побочные эффекты лечения [2]. Введение исследования качества жизни в клиническую практику эндокринолога отражает важную тенденцию современной медицины к возрождению основополагающего принципа отечественной клинической школы «лечить не болезнь, а больного».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Балабокин М.И., Клебанова Е.М.// Лечащий Врач. - М., «Открытые системы», 2008. - N3. – с.6 - 10.
2. Ионова Т.И., Федотов Ю.Н., Шуваев В.А.// Вестник Межнационального центра исследования качества жизни. - СПб, 2004. - N3-4. – с.84 - 91
3. Новик А.А., Ионова Т.И.// Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб, ОЛМА – ПРЕСС, 2002.
4. Ahmad A.M., Hopkins M.T., Tomas J. et al. Body composition and quality of life in adults with growth hormone deficiency; effects of low – dose growth hormone replacement. Clinical Endocrinology. 2001; 54 (6): 709 – 717.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ: СОСТОЯНИЕ СЕМЕЙНОЙ СИСТЕМЫ, ДИАГНОСТИКА И ПУТИ КОРРЕКЦИИ

Никитина С. С.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра внутренних болезней № 2 с курсом ПО, клинической иммунологии, медицинской информатики
и инновационных технологий с курсом ПО, пропедевтики детских болезней с курсом ПО*

**Научные руководители: к.м.н., проф. Демко И. В., д.м.н., проф. Куртасова Л. М., д.м.н., проф. Россиев Д. А.,
доц. Мягкова Е. Г., к.м.н., доц. Бычкова Р. М.**

Актуальность проблемы: По данным НИИ педиатрии Научного центра здоровья детей РАМН, бронхиальная астма является одним из самых распространенных заболеваний детского возраста. Эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют о том, что от 5 до 10% детей страдают этим заболеванием, и с каждым годом этот показатель увеличивается. Серьезную тревогу вызывает также рост смертности от бронхиальной астмы и количества госпитализаций в педиатрические учреждения. Печальным фактом является то, что, несмотря на научные достижения в области этиологии и наличие новых лекарственных средств, заболеваемость и смертность от бронхиальной астмы постоянно возрастают. Это характерно для большинства стран Европы, США, Австралии. По данным медицинской статистики, за последние годы заболеваемость бронхиальной астмой в большинстве стран значительно возросла. Увеличение распространенности заболевания среди лиц молодого возраста указывает на сохраняющуюся тенденцию роста частоты этого заболевания.

Стало очевидным, что для этого необходимо выйти за рамки традиционных представлений и традиционных направлений в изучении здоровья и образа жизни. Если применить теорию систем к семье, можно дать следующее определение семьи: семейная система – это группа людей, связанных стабильными, повторяющимися коммуникациями на протяжении достаточно длительного времени (месяцы, годы).

Цели исследования:

1. Создание технологии, позволяющей путем анкетного опроса членов семьи проводить скрининговую диагностику состояния семейной системы.
2. Изучение взаимосвязей между состоянием семейной системы и здоровьем членов семьи на примере семей, имеющих больного бронхиальной астмой ребенка.
3. Изучение влияния системных факторов на развитие бронхиальной астмы у детей.

Материалы и методы: Всего было обследовано 50 семейных пар, имеющих одного ребенка, страдающего бронхиальной астмой в течение 10-12 лет. Все дети обследованы в межприступный период.

1. Анкета «Семья и здоровье» – исследование проводилось по специально разработанной анонимной анкете, включающей 130 изучаемых параметров. Вопросы анкеты касаются состава семьи, социального положения ее членов, различных аспектов их взаимоотношений (финансы, иерархия, конфликты и разногласия по различным вопросам и др.), а также субъективной оценки здоровья по ряду показателей.

Результаты:

Для оценки семейной системы используют несколько показателей:

- ✓ структура и иерархия
- ✓ экономика
- ✓ ценности
- ✓ коммуникации
- ✓ здоровье - это основные показатели семейной системы.

Вопросы иерархии отношений очень важен для семьи, так как, если он не решен, могут возникнуть многие проблемы. Следует также помнить, что в течение жизни семьи (ее жизненного цикла) иерархия может меняться: например, при рождении ребенка, рождении второго ребенка, отделении детей от родителей и т.д. Краеугольным является вопрос: «Кто глава в семье?». Наше исследование не имеет цели ответить на этот вопрос «Кто должен быть главой в семье?», но нам важно выявить нарушения в решении данного вопроса. Нужно понимать, что как бы не решила семья для себя этот серьезный вопрос, главное, чтобы все члены семьи были согласны с тем, что именно этот человек является главой в семье.

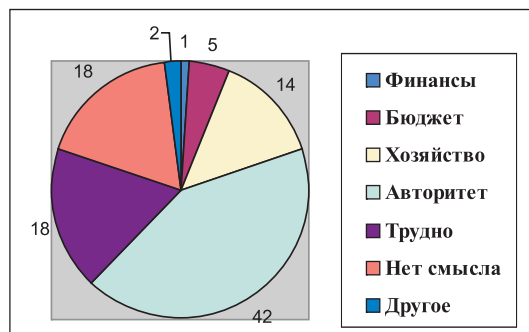


Рис. 1. – Распределение ответов на вопрос анкеты «Вы полагаете, что глава семьи это тот, кто...»

Большинство респондентов (42%) считает, что главой в семье должен быть самый авторитетный член семьи; 14% - что это должен быть человек, который занимается ведением хозяйства; ведением бюджета – 5%, контролю финансов – 1%. Однако, немалая часть респондентов (36%) считает, что либо понятие «глава семьи» значение не имеет, либо им трудно определить само понятие. Это может указывать на проблемы в иерархии. Для того, чтобы понять насколько это так, мы спросили: «Кто глава в Вашей семье?»

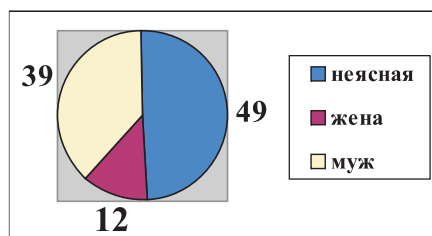


Рис. 2. – Распределение ответов на вопрос «Кто глава в Вашей семье?»

Как видно из диаграммы, в большинстве семей (49%) иерархия «неясная», то есть не решено, кто является главой в семье. Такое положение дел влечет за собой «борьбу за власть».

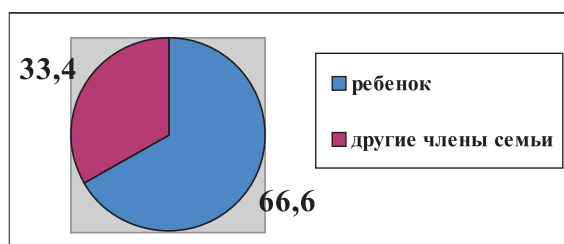


Рис. 3. – Распределение ответов на вопрос «Кто из членов Вашей семьи не является главой семьи, но старается захватывать власть»

Члены семьи могут использовать различные способы, чтобы повысить свою иерархию. Например, член семьи может образовать коалицию с другим членом семьи или межпоколенную коалицию (то есть объединиться с членом семьи из другого поколения: родителем, бабушкой и т.д.). Также он может «приобрести» различные фобии, депрессии. Но все таки чаще он заболевает (Рис.1. «Симптом» как стабилизатор семейной системы).

Из диаграммы на рис.10. мы видим, что в большинстве случаев в «борьбу за власть» вступает ребенок. Напомню: ребенок, который страдает бронхиальной астмой. Кроме того, коэффициент корреляции между частотой конфликтов у ребенка и «борьбой» за власть составляет 0,87; $P < 0,05$. Также «борьба» сильно влияет на «уровень болезненности семьи» - 0,82; $P < 0,05$.

Коэффициент корреляции уровня проблемности и уровня болезненности в семьях, где ребенок страдает бронхиальной астмой, составляет 0,45; $P < 0,001$.

Итак, риск развития заболеваний каких органов и систем повышается при высоком уровне проблемности?

Заболевания	Коэффициент корреляции с уровнем болезненности в семьях с детьми, не страдающими БА, но имеющих другую соматическую патологию	Коэффициент корреляции с уровнем болезненности в семьях с детьми-астматиками
Голова (боли, мигрени)	0,41; $P < 0,01$	0,51; $P < 0,001$
Сердечно-сосудистая система	0,51; $P < 0,001$	0,53; $P < 0,05$
Органы дыхания	0,48; $P < 0,001$	
Органы пищеварения	0,43; $P < 0,001$	0,54; $P < 0,001$
Почки, мочевой пузырь	0,42; $P < 0,001$	
Половые органы	0,70; $P < 0,001$	
Костно-мышечная система	0,35; $P < 0,01$	0,61; $P < 0,001$
Суставы	0,34; $P < 0,01$	
Кожа	0,55; $P < 0,001$	

Рис. 22. – Таблица «Коэффициенты корреляции «уровня проблемности» и «уровня болезненности» в различных семьях»

Выводы:

1. Коэффициент корреляции уровня проблемности и уровня болезненности в семьях, где ребенок страдает бронхиальной астмой, составляет 0,45; $P < 0,001$.

2. Уровень проблемности в семьях, имеющих ребенка больного бронхиальной астмой, повышают: показатели разногласия по вопросам общения с друзьями, разногласия по здоровому образу жизни, но самое большое влияние оказывает параметр «борьба» за власть в семье.

3. На уровень болезненности в семьях, имеющих ребенка больного бронхиальной астмой, влияют: заболевания сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, костно-мышечного аппарата, а также головные боли.

4. Разработанный метод анкетирования позволяет быстро и доступно получить и оценить результаты оценки состояния семейной системы и определить тактику семейного консультанта.

5. В обязательный диагностический комплекс при бронхиальной астме у детей должны быть включены: исследование семейной системы с помощью метода интервью и опросниковых методик.

6. Включение родителей в диагностический и лечебный процесс при бронхиальной астме у детей позволит осуществить постановку «семейного диагноза», что является необходимым условием для проведения семейной терапии у данной категории больных.

7. В обязательную комплексную программу лечения детей с бронхиальной астмой необходимо включать такие методы, как семейное консультирование и семейная системная терапия, что позволит улучшить результаты лечения бронхиальной астмы и повысить качество жизни этой категории больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение // М.: "ЭКМО-пресс", 2002. - 352 с.
2. Гланц С. Медико-биологическая статистика // М.: "Практика", 1999. - 459 с.
3. Максимова С.С., Россиев Д.А., Мягкова Е.Г. Состояние семейной системы и здоровье членов семьи // Сборник материалов 71-й международной итоговой студенческой научно-практической конференции. - Красноярск, 2007. - 395-399с.
4. Россиев Д.А., Шабалина Е.А. Психология здоровья и здравоохранения // Красноярск, 2003.
5. Ader R. «Behavioral conditioning and the immune system» in Temoshok L., Van Dyke. C. and Zegrans. L. (eds.). Emotions in Health and Illness, Gruner and Stratton, 1983.
6. Simonton O., Simonton S. Get-ting Well Again // Bantam Books, New York, 1978.
7. Andreas C., Andreas S. Heart of the Mind // Real People Press, Moab, Utah, 1989.
8. McDermott I., O'Connor J. NLP and Health // Harper Collins Publishers, London, 1996.
9. Haley J. Problem Solving Therapy // Jossey-Bass Publishers, San Francisco, California, 1987.

УДК 616-007-056.7-076-053.13:618.2

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИОХИМИЧЕСКОГО СКРИНИНГА В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ХРОМОСОМНОЙ ПАТОЛОГИИ ПЛОДА

Никищенко С. А.

*Сибирский государственный медицинский университет
Кафедра медицинской генетики*

Научные руководители: к.б.н., асс. Яковлева Ю. С., асс. Диденко Л. И.

Хромосомные болезни - это большая группа врожденных и наследственных болезней, клинически характеризующиеся множественными врожденными пороками развития (МВПР) [8, 11]. По данным цитогенетических исследований среди новорожденных частота хромосомной патологии (ХП) составляет 5% [7]. Большинство аномалий не совместимо даже с ранними этапами эмбриогенеза и до 70% регистрируются в материале ранних абортусов [8]. Наиболее актуальной является профилактика рождения детей с синдромом Дауна как наиболее частой ХП 1:600-1:700 [7].

Инвазивная пренатальная диагностика (ПД) сопровождается определенным риском, как для плода, так и для матери. Осложнениями могут быть спонтанные аборт, инфекции и т.д. [2]. Риск инвазивной процедуры в любом сроке беременности должен быть минимальным и не превышать генетический риск заболевания у плода [7]. Поэтому в настоящее время в развитых странах интенсивно развивается другое направление ПД - исследование материнских сывороточных белков (МСБ), что позволяет сформировать группу высокого риска по развитию ХП у плода [5].

Скрининг в первом триместре беременности оставляет пациенткам большую «свободу выбора», если они хотят пройти дополнительное обследование, в том числе и во втором триместре, и для врачей, если требуется уточнить диагноз и тактику ведения беременной [1, 6]. В первом триместре проводят ультразвуковое исследование (в 11-14 недель), измерение толщины воротникового пространства (ТВП) (шейная прозрачность, шейная складка, с англ. "nuchal translucency" - NT) (в 11-14 недель), определение МСБ в сыворотке крови беременной (ассоциированного с беременностью плазменного протеина-А, свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина - РАРР-А и свободной бета-субъединицы ХГЧ) [6, 11].

Цель: Оценить эффективность биохимического скрининга в первом триместре беременности для выявления хромосомной патологии плода.

Задачи:

1. Оценить динамику изменения концентрации РАРР-А и свободной бета-субъединицы ХГЧ с увеличением срока беременности.

2. Оценить эффективность выявления хромосомной патологии плода с помощью цитогенетических методов исследования в I или во II триместре, показанием для проведения которых явились результаты биохимического скрининга беременных в первом триместре.

3. Оценить эффективность биохимического скрининга в I триместре беременности для разных возрастных групп.

ПД хромосомных болезней у плода занимает центральное положение в комплексе мероприятий по профилактике и предупреждению наследственных и врожденных болезней, т.к. позволяет предотвратить рождение детей с тяжелыми некорректируемыми пороками развития, тем самым уменьшить генетический груз популяций. ПД - комплекс врачебных мероприятий и диагностических методов, направленных на выявление морфологических, структурных, функциональных или молекулярных нарушений внутриутробного развития человека [2, 10].

Основные показания к инвазивной ПД с целью кариотипирования плода можно подразделить на две категории. Первая категория включает группы, формируемые по результатам обследования плода неинвазивными методами ПД (ультразвуковые и биохимические маркеры ХП). Вторая категория формируется при цитогенетическом скрининге и включает группы, в которых хромосомные aberrации либо наследуются, либо возникают с повышенной частотой *de novo* [2, 9].

Таким образом, группы риска для инвазивной ПД формируются по результатам скрининговых программ и на основании медико-генетической консультации (МГК) [2].

Основная цель пренатального скрининга - формирование их беременных группы "высокого риска" рождения детей с врожденными пороками развития и наследственными болезнями, требующих более детального анализа состояния плода с помощью специальных лабораторных методов исследования [2, 9, 10].

Методы ПД делятся на 3 группы: просеивающие (скрининговые), неинвазивные - без оперативного вмешательства, инвазивные - оперативные (с последующей лабораторной диагностикой). Для каждого метода есть свои показания и противопоказания, разрешающие возможности, осложнения. Выбор метода и вся тактика ПД должна быть строго индивидуализирована в соответствии с состоянием беременной и семейной ситуацией [3, 10].

Биохимические исследования МСБ у беременной женщины относятся к неинвазивным методам ПД и в настоящее время являются обязательными для всех беременных, согласно приказу Минздрава РФ 457 от 28.12.2000 “О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врожденных заболеваний у детей” [4].

Проведение ПД в I-ом триместре беременности является высокоэффективным подходом к профилактике ХП у плода, позволяющих достичь высокой степени выявляемости патологии при низком числе инвазивных процедур [6, 9].

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование историй болезней, результатов биохимического скрининга в I триместре и инвазивной ПД в II или в III триместре беременности. Исследование проводилось в группе женщин высокого риска по развитию ХП у плода, обследованных в НИИ медицинской генетики в 2008 году. Всего - 81 беременная. Возраст женщин составил 20-46 лет (36 5,79), из которых 69,1% беременных в возрасте 35 и более лет.

Для проведения биохимического скрининга использовали сыворотку крови беременных, в которой определяли маркеры I-го триместра: РАРР-А (тест-системы DELFIAPAPP-AWallacOy, Финляндия), свободную бета-субъединицу ХГЧ (тест-системы DELFIAhCGpWallacOy, Финляндия).

Для проведения цитогенетических исследований использовали биоптат ворсин хориона (полученный в результате хорионобиопсии в I триместре беременности) или лимфоциты пуповинной крови плода (полученные в результате кордоцентеза во II триместре беременности). Все инвазивные процедуры и цитогенетические исследования плода проводились в клинике ГУ НИИ Медицинской генетики ТНЦ СО РАМН г. Томска.

Для интерпретации результатов неинвазивного обследования использовалась автоматизированная программа расчета комбинированного (терминального) риска “Прогноз” (Москва), позволяющая формировать группу беременных “высокого риска” по развитию ХП у плода. Беременных с риском 1/10 - 1/300 относили в группу “высокого риска”. Для расчета терминального риска программа учитывает возраст женщины, срок беременности, результаты УЗИ (толщины воротничкового пространства) и уровни МСБ в I триместре с коррекцией на вес пациентки (РАРР-А, свободной бета-субъединицы ХГЧ).

По срокам беременности из обследованных женщин были сформированы 4 группы: 10,1-10,7 недель; 11,1-11,7 недель; 12,1-12,7 недель; 13,1-13,7 недель беременности.

Построение сводной таблицы проводили с помощью электронных таблиц Microsoft Excel 2003. Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ SPSS 11.5 for Windows. Для проверки достоверности различий между исследуемыми возрастными группами использовали непараметрический критерий Крускала-Уолиса.

Результаты. Результаты исследования показали, что концентрация РАРР-А (МЕ/мл) и свободной бета-субъединицы ХГЧ (нг/мл) статистически значимо изменяется (увеличивается и уменьшаются соответственно) с увеличением срока беременности (табл. 1).

Таблица 1

Показатель	Группы по срокам беременности			
	9-11 нед	11,1-12 нед	12,1-13 нед	13,1-13,7 нед
	n=11	n=16	n=35	n=19
Концентрация РАРР-А, МЕ/мл	1736,42 707,93*	2534,28 653,5*	3124,29 386,22*	3695,85 966,1*
	Q2 (Q1-Q3)	Q2 (Q1-Q3)	Q2 (Q1-Q3)	Q2 (Q1-Q3)
Концентрация свободной бета-субъединицы ХГЧ, нг/мл	72,26*(69,02-81,26)	59,07*(58,55-61,69)	54,41*(51,21-55,44)	42,2*(40-44,06)

Примечание: * - достоверность отличий между группами при $p < 0,05$.

Из всех беременных (2078 женщин), обследованных в 2008 году, по результатам биохимического скрининга группу “высокого риска” развития ХП плода составили 3,9% обследованных. Выяснено, что только у 30,1% женщин из группы “высокого риска” была проведена инвазивная ПД, по результатам которой у 16% была выявлена ХП плода. Причем, 75% женщин, у которых по заключению цитогенетического анализа была выявлена ХП плода, старше 35 лет. По неизвестным причинам 16% беременных из группы “высокого риска” отказались от проведения ПД, 15% из которых родили детей с синдромом Дауна. Анализ результатов биохимического скрининга в I триместре показал, что 51,85% женщин из группы “высокого риска”, не состояли на учете у врача-генетика и исход их беременности не известен.

Выводы.

1. Концентрация РАРР-А (МЕ/мл) увеличивается, свободной бета-субъединицы ХГЧ (нг/мл) уменьшаются с увеличением срока беременности.
2. Эффективность биохимического скрининга по выявлению ХП у плода составила 16%. Низкий процент выявления ХП у плода объясняется тем, что большой процент беременных, которым по показаниям была необходима ПД, отказались от инвазивных процедур или не прошли МГК у врача - генетика по неизвестным причинам.
3. Биохимический скрининг на сывороточные маркеры является неотъемлемой частью формирования групп высокого риска развития ХП у плода женщин разного возраста, особенно для женщин старше 35 лет.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арбузова С.Б., Николенко М.И., Глазкова И.В. и др. Опыт проведения пренатальной диагностики хромосомной патологии в I триместре беременности по системе OSCAR// Пренатальная диагностика. - Реальное время, 2007. - 2 - С.99-103.
2. Баранов В.С., Кузнецова Т.В. Цитогенетика эмбрионального развития человека: Научно-практические аспекты / Баранов В.С., Кузнецова Т.В. - СПб.: Издательство Н-Л, 2007. - 281-374 с.
3. Бочков Н.П. Клиническая генетика // Учебник / Бочков Н.П. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. - 319-332 с.
4. Екимова Е.В., Гончарова Е.А., Алексеева М.Л. и др. Хорионический гонадотропин и его свободная β -субъединица при беременности // Проблемы репродукции. - МЕДИА СФЕРА, 2008. - 1(13). - С. 96-98.
5. Кашеева Т.К., Николаева Ю.А., Кузнецова Т.В. и др. Расчет риска рождения ребенка с синдромом Дауна в случае исследования крови матери в I и II триместре беременности // В кн. “Молекулярно- биологические технологии в медицинской практике”. - “Алфа Виста Н”, 2008. - С. 170-177.
6. Корф М.П., М.П. Филиппова М.О., Назаренко Л.П. Проблемы и перспективы диагностики врожденных пороков в I триместре беременности // В кн. “Молекулярно-биологические технологии в медицинской практике”. - “Алфа Виста Н”, 2008. - С. 179-184с.
7. Мирошникова И.В., Маркова Ж.Г., Шилова Н.В. и др. Оценка эффективности различных комбинаций маркеров I триместра беременности при неинвазивном скрининге и расчете риска синдрома Дауна у плода // Медицинская генетика. - ООО “ННЦ “Инфокоррекция”, 2007. - 9(63). - С. 37-41.

8. Назаренко С.А., Яковлева Ю.С. Цитогенетика человека и хромосомные болезни // Под ред. В.П. Пузырева - Томск: STT, 2001. - 31с.
9. Adinolfi M., Sherlock J. First trimester prenatal diagnosis using transcervical cells: an evaluation // Hum. Reprod. Update. - 1997. - Vol. 3, N 4. - P. 383-392.
10. Evans M.I., Jonson M.P., Yaron Y., et al. Prenatal Diagnosis // McGraw-Hill Companies. Inc., 2006. - P.767.
11. Sperlin K., Pelz J. Exogenous and endogenous risk factor for maternal non-disjunction of chromosom 21 // BJMG. - 2003. - Vol. 6, N 3-4. - P. 5-14.

УДК 614.23:617

АНАЛИЗ ИССЛЕДОВАНИЯ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ И ПОДХОД К ОПТИМИЗАЦИИ ТРУДА ВРАЧА-ХИРУРГА

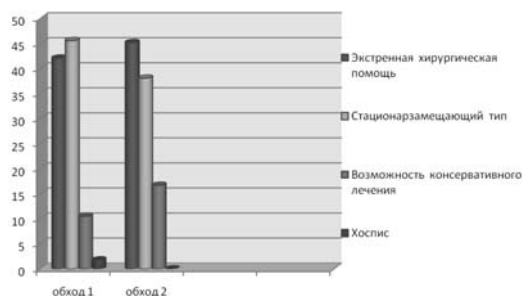
Никонова Н. А., Труханов А. Г.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра хирургических болезней педиатрического факультета с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО*
Научные руководители: д.м.н., проф. Попов В. О., орд. Зюсюкина А. В.

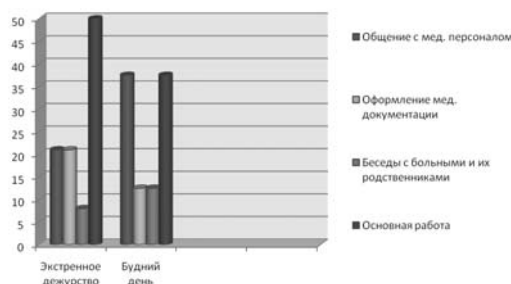
В жизни каждого человека есть определенные ценности, но самой дорогой из них является время, ибо любое другое «добро»: золото, деньги, драгоценности – можно восполнить, а вот утраченного времени никто не вернет. Проблема нерационального использования рабочего времени врачей хирургических специальностей в условиях современных стационаров является одной из актуальнейших на сегодняшний день, ибо, приходя на рабочее место, каждый врач занимается не только своим основным делом, но и множеством других, систематизация которых помогла бы существенно облегчить повседневный труд. Исследование рабочего времени врачей хирургического стационара проводилось с доказательной целью его нерационального использования. Проведение обходов больных совместно с врачами-хирургами и клиническими ординаторами для записи числа пациентов, нуждающихся в экстренной хирургической помощи, и составление хронометража рабочего времени врачей хирургического стационара являются основными задачами исследования.

На базе хирургического отделения и отделения реанимации городской больницы №1 в течение нескольких недель проводились обходы больных для выявления их принадлежности к той или иной группе: нуждающиеся в экстренной хирургической помощи, стационарзамещающий тип, возможность консервативного лечения, хоспис. Хронометраж рабочего времени врачей и клинических ординаторов хирургического отделения составлялся на основе работы в будни и на протяжении дежурства в экстренный день.

Результатами нашего исследования явилось то, что за первый обход, когда на стационарном лечении находилось 57 больных, 24 человека нуждались в экстренной хирургической помощи, 26 – стационарзамещающий тип, 6 – возможность консервативного лечения, 1 – хоспис. За второй обход, когда на стационарном лечении находилось 42 человека, 19 больных нуждались в экстренной хирургической помощи, 16 – стационарзамещающий тип, 7 – возможность консервативного лечения. В процентном соотношении за первый обход 42,1% нуждались в экстренной хирургической помощи, 45,6% - стационарзамещающий тип, 10,5% - возможность консервативного лечения, 1,8% - хоспис; за второй обход 45,2% - нуждались в экстренной хирургической помощи, 38,1% - стационарзамещающий тип, 16,7% - возможность консервативного лечения.



При анализе данных хронометражей врачей хирургических специальностей было выявлено что за будний день врач-хирург тратит 37,5% рабочего времени на беседы и консультации с мед. персоналом (решение организационных вопросов, консультации с анестезиологами-реаниматологами и другими специалистами по ведению больных), 37,5% на свою основную работу в операционной, перевязочном кабинете, приемном покое в качестве хирурга, 12,5% - оформление медицинской документации, 12,5% - беседы с больными и их родственниками. На протяжении экстренного дежурства 21% - беседы и консультации с мед. персоналом, 21% - оформление мед. документации, 8% - беседы с больными и их родственниками, 50% - основная работа.



На основе полученных результатов можно сделать определенные выводы:

1. В представленной работе мы доказали, что рабочее время врачей-хирургов используется нерационально, так как только около 50% его тратится на основную работу, а остальная часть идет на заполнение мед. документации и решение организационных моментов.

2. Из всех больных, находящихся на стационарном лечении в хирургическом отделении и отделении реанимации менее 50% нуждаются в экстренной хирургической помощи, а остальные могли лечиться консервативно, либо находясь на лечении по стационарзамещающему типу.

3. Таким образом, необходимо систематизировать перечень мед. документации в виде электронной базы данных, с целью экономии времени, а создание стационарзамещающих структур позволит существенно уменьшить количество больных с нехирургической патологией и увеличить оборот выписываемых больных.

УДК 373.1+614.2

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ И ГОРОДА ОМСКА

Новиков Е. П., Рубцов С. А., Буторин А. В.

Омская государственная медицинская академия

Кафедра гигиены с курсом гигиены детей и подростков

Научный руководитель: к. м. н., доц. Петухова А. Е.

В современных условиях действие неблагоприятных факторов, а так же не соблюдение основ здорового образа жизни, приводит к резкому увеличению хронических заболеваний, в особенности у детей и подростков.

Большинство взрослого населения подвержено социально опасным привычкам: курению, употреблению алкогольных напитков, наркотиков. Как правило, подростки перенимают «взрослые» привычки, т.к. хотят стать взрослее, показать свою значимость в обществе и т.д. Однако школьники считают, что быть здоровым важно для человека, чтобы не быть слабым и больным, добиться успеха в жизни, быть красивым и сильным. Возникают противоречия между знанием и реальным поведением, которые требуют незамедлительного решения. У родителей отмечаются пробелы в знаниях о здоровье и здоровом образе жизни, и значительная потребность в получении этой информации. Педагоги не в полную меру озабочены организацией здорового образа жизни у своих подопечных. Эта ситуация требует координального подхода к решению сложившихся проблем.

В структуре заболеваемости, по данным Минздрава РФ, на первом месте стоит патология органа зрения – 40,2%, на втором – костно-мышечная патология 15%, на третьем и четвертом – заболевания нервной системы и лор-органов – 11,2%. Ответственное отношение к сохранению и укреплению здоровья, формированию у детей и подростков здорового образа жизни – важная роль отводится гигиеническому обучению и воспитанию.

Целью работы является оценка эффективности формирования гигиенических знаний, навыков и умений, разработка эффективной модели формирования здорового образа жизни в детских и подростковых коллективах.

Задачи исследования: изучить эффективность формирования навыков здорового образа жизни, способы получения информации о здоровом образе жизни школьниками, их родителями и учителями, оценить распространенность социально-опасных привычек в их среде и на основании этих данных сформулировать положения модели, с последующим внедрением в практику.

С этой целью проводилось анкетирование 324 школьников, 156 родителей и 80 педагогов города Тюкалинска.

Анализ результатов показал, что наибольший удельный вес имеют жалобы на частые стрессы, так предъявили 85% школьников, что статистически значимо. На 2 месте жалобы на головную боль и быструю утомляемость. Правильный ответ на вопрос «Что такое здоровье?» школьники по большей части ответа не дали.

На вопрос «Как вы проводите свой досуг?», в городе Тюкалинске на первом месте прогулки, на втором спорт (на базе школы), а потом просмотр телевизора.

Курение и употребление алкогольных напитков школьниками в области в 1,3 раза выше, чем в городе ($P > 95\%$), продукт легко доступный на селе. Распространенность наркотических веществ, среди подростков, в городе намного шире, чем в области, примерно в 12,3 раза. Сведения о здоровом образе жизни школьники получают из телевизионных передач и незначительно из периодической печати, хотя в нашей анкете содержались ответы получение информации из школы (так ответили только 7 человека).

Одну из важнейших ролей в помощи школьникам в освоении гигиенических навыков играют, конечно – же, родители.

Средний возраст родителей составляет 40 - 43 года. Мы познакомились с материальной базой в семьях школьников, заработная плата в тюкалинских семьях до 5 т.р. (одного из родителей отвечавшего на анкету). Удельный вес своего здоровья как хорошее в Тюкалинске отмечают выше чем в Омске в 4 раза, что статистически значимо. У себя оценивая здоровье как удовлетворительное, в то время у детей как хорошее 77%. Нас интересовал вопрос об источниках информации здорового образа жизни, необходимые знания черпаются из телепередач - 88% и 10,3%, книг и прессы - 31% и 12,8%, интернета - 31% и 14% соответственно.

Удельный вес курящих в Омске в 2,9 раз выше, чем в Тюкалинске; употребляющих алкоголь в 2,2 раза выше в Тюкалинске.

Распределение ответов на вопрос: «Что необходимо для укрепления своего здоровья и здоровья детей?», было следующим на первом месте желание, на втором денежные средства, на третьем стимул и время соответственно, далее деньги и стимул, на пятом воля. По мнению родителей, работу по разъяснению влияния вредных факторов на здоровье ребенка необходимо проводить с первого класса

В современных, сложных социально-экономических условиях формирование гигиенических навыков у школьников отводят роль и педагогам.

Среди опасных факторов, отрицательно воздействующих на здоровье, учителя указали алкоголь (62,2%; 61,9%), курение (96,6%; 90,3%), потребление наркотиков (35,6%; 34,4%). Однако учителя в ответах указали, что они курят и употребляют алкоголь. Удельный вес учителей потребляющих алкоголь в 1,7 раз выше в Тюкалинске, а курят в 1,4 раза выше

в Омске. Информации о здоровом образе жизни педагоги получают из телепередач и печати. Для укрепления своего здоровья учителя: делают зарядку (43,3%), занимаются туризмом (43,2%), делают профилактические прививки (42,7%), принимают витамины (10%), $P < 95\%$. Для укрепления здоровья детей, по мнению опрошенных необходимо: собственные усилия детей – 47%, наличие денежных средств – 29%, помещений и оборудования – 7%, соответствующих специалистов в школе – 2%, соответствующих знаний у учителей и учащихся, желание, стимул, время составило примерно по 2%.

Педагоги считают, что основная роль в оздоровительной работе с детьми принадлежит родителям – 52%, родственникам, врачам по 7%, учителям – 4%, тренерам – 13%, психологам – 18%, учителя по нашим данным снимают с себя ответственность за привитие подросткам здорового образа жизни.

Таким образом, в современных, сложных демографических условиях отсутствие основных элементов здорового образа жизни в поведении, значительной части школьников, безусловно, является фактором риска в возникновении у них неинфекционных заболеваний и отклонений в состоянии здоровья. Выявленные особенности образа жизни современных школьников, находят свое прямое отражение в состоянии здоровья.

Вместе с тем, теоретические знания школьников по здоровому образу жизни не реализуются практическими действиями по его содержанию. Не сформированы привычки к занятиям физическими упражнениями, использованию природных факторов для сохранения и укрепления здоровья, планированию режима, организации рабочего места и т.д. Полученные материалы использованы в разработке гигиенического образования ориентированные на большие социальные группы, в соответствии методики и организации её возрастным, функциональным и психологическим особенностям, соответственно их потребностям, преемственности школьного и семейного гигиенического воспитания.

На основании полученных данных и сделанных выводах, сформулирована модель (Рубцов С.А., Буторин А.В., Новиков Е.П., Петухова А.Е., 2006 г.) формирования здоровья в школе, как социальной организации, которая может включать несколько обязательных модулей: организационный, социальный, психологический, медико-диагностический, информационно-познавательный, психопрофилактический, рекреационно-оздоровительный, социальной помощи и поддержки, на основе и с использованием принципов: постепенность, систематичность, комплексность, индивидуальный подход.

Данная модель ориентирована, прежде всего, на расширение здоровьесберегающего пространства, привитие полезных привычек у школьников. С учетом модели используются: лекционный материал с показом демонстративных слайдов, работа по методике «вопрос – ответ» на наиболее остро вставшие вопросы, выдача специальной литературы по вопросам здорового образа жизни, выступления волонтеров (студентов медико-профилактического и педиатрического факультетов) на особо актуальные темы (употребление алкоголя и его последствия, табакокурения, наркомания и т.д.). Апробация модели уже третий год проводится на базе лицея № 147 и школы № 1 города Тюкалинска, с нашим участием. Дети заинтересованы данной проблемой, и активно принимают участие в развитии внедренной программы «Полезные привычки». Школьниками были написаны собственные работы по здоровому образу жизни («Спорт и мое здоровье» Семерня Роман, ученик 3В класса гимн. №147, «Я и мое здоровье» Александрова Татьяна, ученица 7Б класса гимн. № 147, «Курение или здоровье - выбирай сам!» учащиеся 4 класса СОШ №80, и др.). Созданные модули, являются фундаментом на начальных этапах, при помощи которых затем постепенно и комплексно, с учетом индивидуальных особенностей каждого школьника станет возможным привитие полезных привычек, с последующим формированием устойчивых навыков у школьников. Дети более восприимчивы, работают с ними гораздо легче, чем с взрослыми. Работа проводится не только с подростками, но и с родителями, учителями. Результаты по реализации программы «Полезные привычки» учителями, были опубликованы в «сборнике методических материалов по научно-методическому сопровождению областного семинара и научно-практической конференции на базе МОУ «Гимназия № 147» ЛАО города Омска». Создана творческая группа, включающая в себя учителей начальных классов, физкультуры, педагога-психолога, врача, научного руководителя (ОмГМА), студентов ОмГМА, представителей родительской общественности и т. п. Работа в этом направлении неоднократно была поддержана Омской общественной организацией «Дар» по реализации программы «Здоровые дети».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Михалюк, Н. С. Состояние здоровья детского населения в условиях комплексного воздействия факторов среды обитания различной природы / Н. С. Михалюк. – М. : Гигиенический вестник РГМУ. – 2004. - №7 (38). – С. 96-99.
2. Вильмс, Е. А. Качество жизни формирует здоровье / Е. А. Вильмс. – Омск. : Роспотребнадзор в Омской области. – 2007. - №2 (10). – С. 29-32.
3. Барсукова, Н. К. Состояние здоровья и образ жизни современных подростков / Н. К. Барсукова: под общ. ред. А. А. Баранова – М. : Здоровье, обучение и воспитание детей: история и современность, 2006. – 48с.
4. Демин А. К., Кошкина Е. А. Социальное маркетинговое исследование школьников 5-11 классов, родителей и учителей школ в 10 городах России по вопросам образования в области здоровья и укрепления здоровья среди школьников / А. К. Демин, Е. А. Кошкина под общ. ред. В. Р. Кучма – М. : Гигиена детей и подростков на пороге третьего тысячелетия основные направления развития, 1999. – С. 245-248.
5. Величковский Б. Т. Патогенетическое обоснование медицинских и социальных приоритетов улучшения здоровья населения России / Б. Т. Величковский. – М. : Гигиенический вестник РГМУ. -2004. - №7 (38). – С. 7-14.

УДК 61(091)+87

ЛЕОНАРДО ДА ВИНЧИ - ВРАЧ И ФИЛОСОФ

Новицкая М. И., Шведова А. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра философии, этики, эстетики и медицинской деонтологии с курсом политической социологии*

Научный руководитель: к.ф.н., доц. Филимонов В. В.

С тех пор как жил и умер Леонардо прошло много столетий, но тайна жизни и творчества Леонардо до сих пор остается загадкой интересующих многих. Разгадать тайну да Винчи до конца еще ни кому не удавалось. Леонардо да Винчи принадлежит к тем личностям мировой истории, чья известность и чья слава не ограничиваются пределами одной страны или одной эпохи. Гениальный художник, неутомимый исследователь явлений природы, выдающийся инженер и мыслитель, врач – анатом, Леонардо да Винчи, соединил в своей деятельности все многообразие идей и интеллектуальных мотаций ренессансной личности. Феномен Леонардо да Винчи поражает не только размахом и разнообразностью поставленных и решенных вопросов в различных сферах человеческой деятельности, но и атмосферой

некоторой таинственности, порожденной обстоятельствами биографии художника, сложностью языка, которым он себя в разных областях знания и искусства выражал. Уникальность подобных судеб неизменно привлекает внимание все новых поколений, требуя от них не просто почитания, но и твердо выверенного мировоззренческого отношения.

Леонардо да Винчи – великий итальянский художник и ученый. Родился 15 апреля 1452 года в одном из каменных домов городка Винчи, расположенного в горах Тосканы. Загадка Леонардо начинается с его рождения. Он был незаконно рожденным сыном женщины, о которой почти ничего не известно. Неизвестна ни ее фамилия, ни возраст, ни внешность. Неизвестно, была ли она умна или глупа, училась ли чему или нет. Биографы называют лишь, что она была молодой крестьянкой под именем Катерина. Об отце Леонардо, Пьеро да Винчи, известно гораздо больше, но тоже недостаточно. Он был нотариусом и происходил из семьи, которая обосновалась в Винчи, по крайней мере в XIII столетии. О том, как прошло детство Леонардо в Винчи, ничего неизвестно. В более поздние годы он увлекался ботаникой, геологией, наблюдениями за полетом птиц, игрой солнечного света и тени, движением воды. Умер Леонардо 2 мая 1519 года, через год после того, как написал завещание, по которому свои рисунки и бумаги оставлял Франческо – Мельцни.

Жизнь Леонардо да Винчи представляла собой неустанный труд в творческом решении проблем самого высокого порядка. Ему недостаточно было простого описания того как функционирует та или иная вещь: он непременно хотел выяснить, ПОЧЕМУ так происходит. Одним из любимых мыслительных методов Леонардо был поиск аналогий и иллюстративных метафор в природе.

Философские воззрения Леонардо существенны, прежде всего как явление своего времени, рассматриваемое в своем историческом контексте в качестве оригинального выражения главнейших тенденций ренессансной мысли. Главным источником формирования научных и философских интересов молодого Леонардо была несомненно ботtega – мастерская. Близкое знакомство Леонардо со многими его современниками – учеными, математиками, мастерами, строителями, медиками, архитекторами, астрономами, в сочетании с напряженным интересом к самым острым и важным проблемам наук о природе позволило ему быть в курсе современного состояния знаний о мире.

На огромный интерес к анатомии и на великие открытия в области данной науки повлиял учитель Леонардо да Винчи – Андреа Верроккио (1436–1488). Андреа Верроккио был одним из тех художников, кто считал знание поверхностной мускулатуры необходимым условием для правильного изображения обнаженного тела человека.

Леонардо начал занятия анатомией, чтобы совершенствовать свое искусство живописца, но эта наука быстро увлекла его как захватывающе интересная область широкого познавательного значения.

Анонимный итальянский биограф, писавший в 1520–1540 гг., вскоре после кончины Леонардо да Винчи, о его жизни, свидетельствует, что Леонардо сделал „целую массу анатомических рисунков, которые он набросал в госпитале при церкви Санта Мариа Нуова во Флоренции”. Но и собственные заметки Леонардо позволяют заключить, что он вскрывал трупы во Флоренции в госпитале Санта Мариа Нуова.

Накопив анатомические наблюдения в результате многих вскрытий во Флоренции и после 1483 г. в Милане, Леонардо решил писать трактат о строении тела человека.

На 42-м листе Виндзорских рукописей имеется заметка: „В день 2 апреля 1489 года книга озаглавлена *De figura humana*”. Таким образом, занятия Леонардо по анатомии окончательно приняли форму целеустремленных систематических исследований.

Паоло Джовио в опубликованной в 1537–1550 гг. на латинском языке биографии Леонардо да Винчи писал: „Он предавался нечеловечески тяжелой и отвратительной работе в анатомических школах, рассекая трупы преступников, чтобы проследить пути природы и, по расположению первой из позвонков, воспроизводить различные сгибы и напряжения членов. Он изобразил в таблицах каждую тончайшую частицу, не исключая мельчайших жилок и внутренней ткани костей, с величайшей точностью, и, таким образом, от его многолетней работы должно было остаться на пользу искусства бесконечное число образцов”.

Метод анатомических исследований и открытия в различных отделах анатомии позволяют считать Леонардо да Винчи великим анатомом. Несмотря на груз традиций античности и арабизма, он исследовал строение тела человека как материалист, хотя, конечно, его материализм был метафизическим и непоследовательным, не сложившимся в законченную систему.

Разумным основанием в анатомии была для него механика. Материализм Леонардо был ограниченно механистическим метафизическим материализмом. При этом он исходил из принципа взаимной приспособленности формы и функции, строения органов и их жизненных отправлений.

Однако этот принцип вытекал у него не из идеи причинного развития, а из идеи изначальной целесообразности природы. В этом отношении он оставался сыном своего века.

И все же живое тело человека было для него не только „удивительной вещью” (*cosa maravigliosa*), но, главным образом, удивительным механизмом, который он разбирал на части и вновь соединял силой разума ученого и образного видения живописца.

Реалистическая сущность эстетики Леонардо связана прежде всего с его убеждением в том, что искусство, как и наука, служит делу познания реального мира. Отсюда главное дело науки состоит в раскрытии количественных сторон вещного мира. Автор «Моны Лизы» (Джоконды), «Тайной вечери» и других бессмертных шедевров живописи дал крайне редкий пример гармоничного соединения в одной личности гениального живописца и великого ученого. Пропорции человеческого тела он изобразил как великолепный анатом, а неповторимость и красоту человеческой души в своих картинах – как глубокий психолог.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. О’Малли Чарльз Д., Ж.Б. де К.М. Саундерс. Леонардо да Винчи о человеческом теле, 1952 г.
2. Рихтер Жан Поль. Литературные труды Леонардо да Винчи (2 тома). 2-е изд., доп. и испр. Ирмой А. Рихтер. Оксфорд Юниверсити Пресс, 1939 г.
3. Эйслер Курт. Леонардо да Винчи: Психоналитические заметки о загадке Леонардо, 1962 г.

ЛИБИДО ИЛИ ЛЮБОВЬ С ПОЗИЦИИ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОЙ ТЕОРИИ З. ФРЕЙДА В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОГО СОЦИУМА

Носков И. Г., Семченко Д. Е., Полуляхова Т. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра философии, этики, эстетики и медицинской деонтологии с курсом политической социологии*

Научный руководитель: ст. преп. Маменкова Е. С.

З.Фрейд – один из представителей современной западной философии, разработавший уникальную теорию структуры психики человека, согласно которой психика человека включает в себя 3 уровня: Оно, Я, Сверх-Я.

В контексте данного исследования наибольший интерес представляет низший уровень психики человека – “ОНО” (ИД), который Фрейд трактует как средоточие инстинктов, а также агрессивных и сексуальных влечений. Содержание “ОНО” бессознательно и находится в конфликте с “Я” и “СВЕРХ-Я”. Но импульсы “ОНО” не склонны оставаться неосознанными, они пытаются достичь сознания и тем самым быть удовлетворенными. “ОНО” живет по принципу достижения удовольствия и не всегда прямо открыто для наблюдения. Если в “ОНО” преобладает покой и удовлетворенность, то о его содержании ничего невозможно сказать. О нем можно узнать только по оговоркам, опискам, грезам, сновидениям, ассоциациям, символам. Психоанализ в этом смысле помогает содержанию “ОНО”, т.к. выступает в качестве его освободителя.

Безусловно, будучи частью животного мира, человек в полном объеме обладает названными выше биологическими характеристиками. Однако наряду с биологической составляющей философская категория «человека» интегрирует в себе и другие, а именно – социальную, духовную и психическую. Наличие всех четырех составляющих человека позволяет говорить о нем как о «венце природы». Только ему присуще такое уникальное чувство как любовь.

ЛЮБОВЬ – универсалия культуры субъектного ряда, фиксирующая в своем содержании глубокое индивидуально-избирательное интимное чувство, векторно направленное на свой предмет и объективирующееся в самодостаточном стремлении к нему. Для носителя любви она выступает в качестве максимальной ценности и важнейшей детерминанты жизненной стратегии, задавая специфическую сферу автономии: нельзя произвольно ни вызвать, ни прекратить любовь, ни переадресовать ее на другой предмет. (Новейший философский словарь: 3-е изд., исправл. – Мн.: Книжный Дом. 2003. – 1280 с. – (Мир энциклопедий))

Она является одним из сильнейших чувств человека. Если же подойти исключительно с духовной точки зрения, то не случайно именно любовь – главное, всеобъемлющее чувство, на котором строится человеческая этика.

При этом, если сексуальность у человека вполне может существовать без любви, то влюбленный человек стремится полностью обладать предметом своей страсти, соединяясь с ним воедино. Любовь без секса лишена одной из главных составляющих – чувственных близких отношений, в которых тела возлюбленных соединяются воедино.

В связи с этим возникает вопрос – что же такое любовь и как она отражается в условиях современного общества?

По мере развития общества любовь наполняется социальным и нравственным содержанием, становясь образцом отношений между людьми. Именно в любви и через любовь человек раскрывает свою духовно-нравственную сущность и становится человеком. Без любви он неполноценное существо, лишенное подлинной жизни и глубины. Поскольку человек – это универсальный субъект и объект философского анализа, то тема человеческой любви может стать важной проблемой для современных исследователей.

Как совершенно справедливо отмечал в свое время Фрейд, сексуальная энергия – выступает в роли мощнейшего двигателя, организующего и направляющего деятельность человека, позволяющую раскрыться его сущности, духовному миру, уровню воспитания и образования. Для их характеристики Фрейд использует понятие сублимации – отклонение энергии сексуальных влечений от их прямой цели получения удовольствия и продолжения рода и направление ее к несексуальным целям. Сублимация представляет собой защитный механизм, способствующий выходу сексуальной энергии и предохраняющий человека от психических расстройств. Механизм сублимации может трансформировать нежелательные, травмирующие и негативные переживания в различные виды конструктивной и востребованной деятельности и поведение. Таким образом, сублимация представляет собой переключение сексуальной энергии неразделенной любви на какую-либо другую деятельность. Например, творчество.

В процессе эволюции сексуальность человека раскрывалась в зависимости от социальных норм, присущих данному обществу в определенный исторический период: в первобытном и рабовладельческом обществах доминирование мужчин в духовных, материальных и сексуальных сферах было абсолютным. В период феодального строя на передний план выходит религиозное мировоззрение, которое культивирует идею любви и осуждает физическое влечение.

Развитие капиталистического общества, а в дальнейшем исторических событий XX в. создает условия, при которых женщина стала не только объектом любви и сексуального влечения мужчины, но и равноправным субъектом этих отношений. Ярким примером является сексуальная революция 50-60 гг. XX в.в США, которая распространилась в дальнейшем и на другие страны. В частности в России общество пережило ее в 90е годы XX века. Тогда секс стал открытой и неотъемлемой частью меняющейся жизни молодежи. А исследования этой сферы перестал считаться неприличными. Наряду с массовым распространением сексуальной культуры возросла сексуальная свобода женщин. Результатом этой свободы стало не только увеличение числа «нравственно необразованных мужчин», но и сокращение числа зарегистрированных браков, т.к. и мужчины и женщины сегодня не стремятся оформлять свои отношения. Ведь можно получить удовольствие и не вступая в брак. Это дало большую свободу и мужчинам, вследствие чего сократилась рождаемость, приводящая к демографическому кризису.

Необходимо отметить тот факт, что в современном социуме сексуальная революция тесно переплелась с феминизмом. Беспорядочные половые связи не дают ощущения защищенности, близости с любимым человеком, что отрицательно влияет на психическое здоровье. Резко возросло распространение заболеваний, передающихся половым путём. Да и средства контрацепции обеспечивают надёжную защиту лишь при правильном их применении, что было далеко не всегда, так как сексуальное образование ещё не было внедрено. До сих пор происходят перемены общественного мнения по поводу так называемого «нетрадиционного секса». К одним из них (например, гомосексуализм) отношение за последние

десятилетия изменилось очень слабо, хотя дестигматизация всё же есть; другие рассматриваются совсем не так, как раньше. Например, с 1999 гомосексуальность перестала считаться болезнью в России, а во многих странах гомосексуальное поведение считается признанным не только медициной, но и обществом.

Говоря о биологической сущности человека, (а именно, об основных ее компонентах, как пишет Фрейд, агрессивности и сексуальности), следует отмечать и его духовность, источником которой может стать лишь стремление к прекрасному, возвышенному, к необходимости идеала, воплощенный в предмете любви, который станет мощным двигателем духовного развития не только отдельно взятого человека, но и общества в целом. Именно любовь, будучи ведущей потребностью человека может стать важным фактором укоренения духовной адаптации человека в современном обществе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. А.Б.Демидов. Феномены человеческого бытия. Минск: Изд.центр «ЭкономПрес»,1999.
2. Новейший философский словарь: 3-е изд., исправл. — Мн.: Книжный Дом. 2003.— 1280 с. — (Мир энциклопедий)
3. Фрейд З. Собрание сочинений в 26 томах. СПб., изд-во “ВЕИП”, 2005.
4. Фромм Э. Искусство любви. Минск: ТПЦ “Полифакт”, 1990.

УДК 159.9:613.84:371.71

ВЛИЯНИЕ ТЕМПЕРАМЕНТА НА КУРЕНИЕ СТУДЕНТОВ 2 КУРСА КРАСГМУ

Носков И. Г., Магамедова Л. С., Ткаченко А. А., Садыгова Э. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра физиологии*

Научный руководитель: к.м.н., асс. Потылицина В. Ю.

В течение последних 20 лет эксперты ВОЗ говорят о глобальной эпидемии табакокурения, которая охватила весь мир и неуклонно нарастает с каждым годом. В настоящее время в мире насчитывается 1,1 млрд курильщиков, что составляет 1/3 населения планеты в возрасте старше 15 лет. По прогнозам ВОЗ, к 2020 г. эпидемия переместится из стран Западной Европы и Америки, где в течение последних 20-30 лет проводилась активная антитабачная пропаганда, в развивающиеся страны, система здравоохранения которых окажется не в состоянии бороться с эпидемией из-за отсутствия средств на финансирование антикурительных программ.

Все это в полной мере касается и Российской Федерации, где к нехватке финансовых ресурсов для активной антитабачной пропаганды присоединяется общественное восприятие курения как привычки, достаточно безобидной и связанной с весьма неопределенным риском для здоровья.

Нами изучены распространенность и интенсивность курения среди студентов 2 курса КрасГМУ. Рассматривали эпидемиологическую характеристику табакокурения в популяции, его интенсивность, зависимость распространенности табакокурения от темперамента. Исследовали осведомленность студентов о вреде табакокурения, причины и методы профилактики.

Таким образом, целью нашей работы является изучить зависимость распространенности табакокурения от формально-динамических свойств индивидуальности.

К курящим относили лиц, которые курят не менее года и выкуривают не менее 1 сигареты в сутки или бросивших курить менее года назад. Курившими ранее считали тех, кто курил ранее регулярно и отказался от курения более 1 года назад. По интенсивности курения всех курильщиков делили на 3 подгруппы: выкуривающие до 10 сигарет в сутки (малокурящие), 10-20 сигарет, более 20 (злостные курильщики). /С. А. Бабанов,2006/

Исследование проводилось с помощью различных методов: анонимный опрос, анкетирование, наблюдения, определения формально-динамических свойств индивидуальности проводилось по методике по В. М. Русалова.

В группу респондентов входили студенты 2 курса КрасГМУ всех факультетов в возрасте от 17 до 26 лет.

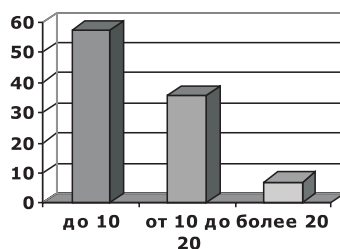
Наше исследование выявило следующие особенности табакокурения среди студентов 2 курса:

1. Количество курящих второкурсников составляет более 42%, и 58% некурящих.



2. Распространенность курения среди юношей и девушек неодинакова. Большее количество курящих - девушки (57,14%), остальные юноши - 42,86%.

3. По интенсивности курения студенты поделены на 3 группы: малокурящие (до 10 сигарет) – 57,14%, 10-20 сигарет - 35,71%, злостные курильщики – 7,15%.



4. Средний стаж курильщика составляет 2,84 лет (в интервале от 1 до 5 лет).
5. Причины курения оценивались по 7 основным мотивам : 1 – удовольствие от самого процесса, 2 – желание расслабиться, 3 – снятие напряжения, 4 – привычка-рефлекс, 5 – неконтролируемое желание закурить, 6 – взбадривание от лени, 7 – давление окружающих(компаний). (шкала Хорна, В.К.Сминов,1993) Полученные результаты:

мотив	1	2	3	4	5	6	7
кол-во	6,45%	9,67%	25,8%	22,58%	12,9%	12,9%	9,7%

6. Также мы оценили осведомленность о вреде курения как среди курящих, так и среди некурящих студентов. Среди некурящих студентов 100% утверждают, что знают о вреде табакокурения. Среди курящих картина аналогичная 100% всех курящих студентов утверждают, что знают об отрицательном вреде и всех последствиях табакокурения.

7. Кол-во пассивных курильщиков составляет 35,48% от общего числа студентов. К пассивным курильщикам относятся те, кто находится не реже 1 раза в день в компании курильщиков (друзей, знакомых, родителей).

Таким образом, 77,48% студентов 2 курса КрасГМУ являются курильщиками, как активными так и пассивными, что свидетельствует об эпидемии табакокурения в нашем университете. Это проблема требует немедленного решения.

Проанализировав результаты нашего исследования, мы поняли всю серьезность проблемы табакокурения. Для понимания причин табакокурения мы решили провести исследование формально-динамических свойств индивидуальности курильщиков и некурящих по методике Русалова: определялись эргичность, пластичность, скорость, эмоциональность (психомоторные, интеллектуальные, коммуникативные). Высчитывались индексы психомоторной, интеллектуальной, коммуникативной активности и индексы общей активности и эмоциональности.

И получили следующие результаты:

Курильщики:

1. Ровно 50% курящих студентов имеют неопределенный тип темперамента
2. 21,42% - обладали смешанным высоко эмоциональным типом темперамента
3. 14,28% - обладают смешанным высоко активным
4. 7,16% – смешанным низко эмоциональным
5. 7,14% – чистые флегматики.

Некурящие (по В. М. Русалова, распространенность темпераментов в человеческой популяции):

1. 25% - неопределенный тип темперамента
2. 12,5% - смешанный высоко активный
3. 12,5% - смешанный низко активный
4. 12,5% - смешанный низко эмоциональный
5. 12,5% - смешанный высоко эмоциональный
6. 6,25% - сангвиник
7. 6,25% - холерик
8. 6,25% – меланхолик
9. 6,25% - флегматик

Таким образом, проведя исследование распространенности табакокурения среди студентов 2 курса КрасГМУ можно сделать несколько выводов:

1. Количество курящих студентов составляет 42% от общего числа студентов. Больше курят девушки - 57,14% от общего числа курильщиков.
2. Главная причина курения студентов является снятие напряжения (25,8%), и привычка-рефлекс (22,58%) по шкале Хорна /В.К.Сминов,1993/
3. Среди курильщиков преобладает неопределенный тип темперамента (50%) и смешанный высоко эмоциональный тип (21,42%).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александров А.А., Котова М.Б., В.Б.Розанова и др. Профилактика курения у подростков // Вопросы психологии. – Москва, 2008. - № 2. - с. 55-61
2. Бабанов С.А. Эпидемиологическая характеристика табакокурения // Вестник Российской АМН. – Москва, 2006. - № 8. – с. 27-29
3. Вихирева О.В., Шальнова С.А. Курение и врачи. Состояние проблемы // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – Москва, 2001. - № 3. – с.43-46
4. Перминов А.А. Почему курят студенты? // Успехи современного естествознания. – Москва, 2005. - № 3. – с.46-47

УДК 56.612.1045

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЗУБНОЙ ПАСТЫ PARADONTAX-F ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

Ожиганова Т. Ю., Анисимова И. В.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Красноярский базовый медицинский колледж им. В. М. Крутовского

Кафедра микробиологии, терапевтической стоматологии

Научные руководители: к.б.н., доц. Бакшеева С. С., асс. Сорокина Е. Б.

Актуальность проблемы. Вопрос лечения и профилактики воспалительных заболеваний пародонта продолжает сохранять свою актуальность, несмотря на все увеличивающееся количество схем, и комплексных методов лечения. Высокая распространенность воспалительных заболеваний пародонта среди населения, ее стремление к 100% на фоне увеличения выраженности и интенсивности течения этих заболеваний и их омоложения обуславливают необходимость поиска новых средств и методов их лечения и профилактики. На этом фоне появляются новые средства и химические соединения,

обладающие иными, чем их предшественники, свойствами. Это препараты и соединения относятся к последним поколениям и обладают более выраженными свойствами или специфической направленностью действия. В этой связи приходится постоянно изучать их клинико-лабораторные свойства и показатели, а на их основе разрабатывать мероприятия по использованию с учетом активных свойств и стоматологического статуса пациентов.

В последнее время все чаще используют средства гигиены полости рта, обладающие противовоспалительными свойствами за счет входящих в их состав активных компонентов. На рынке появляется все больше таких лечебно-профилактических средств, они приходят на смену гигиеническим эликсирам и бальзамам и все шире используются на практике, наряду с фармакологическими препаратами. Переход от производства гигиенических средств к производству профилактических значительно расширил возможности стоматологов в лечении пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта. Данные средства предназначены для использования пациентами с воспалительными заболеваниями пародонта, особенно на фоне выраженного образования зубных отложений. Направленность этих средств определяет использование в их составе антисептиков, обладающих бактерицидным и бактериостатическим действием на различные виды микрофлоры полости рта.

В стоматологической практике для лечения воспалительных заболеваний пародонта широко используются лекарственные формы местного действия. При местном воздействии препарат позволяет менять характер воздействия на клеточные факторы воспаления (4).

На фоне постоянного использования лечебных препаратов, содержащих антибиотики, возникает риск появления устойчивых форм патогенных микроорганизмов, а также увеличивается вероятность развития дисбактериоза полости рта. Избежать этого можно, используя антибактериальные препараты с активными компонентами. Следует также отметить важность концентраций лечебных веществ, дабы не привести к нежелательным результатам (1, 2, 3).

Гигиенический режим ухода за полостью рта, необходимый для удаления химических соединений, оседающих на мягких и твердых тканях полости рта, включает в себя различные этапы, такие как собственно чистка зубов, флоссинг, полоскание с использованием ополаскивателей с антибактериальными активными компонентами способствует предупреждению формирования и последующего развития зубной бляшки и ее трансформации в мягкий зубной налет, с последующей минерализацией (5, 6, 7, 8).

Образование мягкого зубного налета следует рассматривать как важнейший этиологический фактор разрушения пародонта, а зубной камень - как следствие этого процесса (9, 10). Это замедляет заживление ран, также повышая восприимчивость к заболеваниям пародонта, что может уменьшить успех лечения (10).

Важно отметить, что высокая адгезия препарата и, как следствие этого, создание устойчивого депо активных компонентов в зоне очага воспаления создаст благоприятные условия для эффективного лечения и последующей профилактики заболеваний пародонта.

К новым лечебно-профилактическим средствам для полости рта относится Лечебно – профилактическая зубная паста «Paradontax - F», в ее состав входят такие активные компоненты как экстракты шалфея оказывают антисептическое действие, ромашка способствует уменьшению воспаления, эхинацея повышает сопротивляемость организма, ратания и мирра оказывают вяжущее, тканеукрепляющее действие.

Цель исследования. Изучить влияние зубной пасты Paradontax-F на гигиеническое состояние полости рта и на состояние пародонта.

Задачи исследования:

1. Изучить влияние зубной пасты Paradontax-F на гигиену полости рта при воспалительных заболеваниях тканей пародонта;
2. Оценить резистентность клеток эпителия десны в процессе применения зубной пасты Paradontax-F при заболеваниях тканей пародонта.

Материал и методы исследования. Настоящее исследование выполнено на базе медицинского колледжа им. Крутовского и кафедре микробиологии Красноярского Государственного Медицинского Университета. Клиническое исследование проводилось в течение месяца. Под наблюдением находилось 42 пациента в возрасте от 18 до 35 лет с хроническим катаральным гингивитом (30 пациентов) и пародонтитом легкой степени тяжести (12 пациентов), без выраженной сопутствующей патологии. Обследование проводилось по стандартной схеме, и данные заносили в медицинскую карту формы №043/у. Диагноз ставили на основании данных клинического осмотра и рентгенологического исследования. Всем пациентам была рекомендована двухкратная чистка зубов с использованием стандартного метода. Для ежедневной гигиены пациентам выдавали зубную пасту Paradontax-F.

Для оценки гигиенического состояния полости рта и очищающих свойств исследуемой зубной пасты использовался индекс гигиены ОНI-S (Грина-Вермиллиона).

Противовоспалительное действие оценивали по индексам РМА (Ратна), индексу кровоточивости межзубного соччка (Muhlemann).

Оценка значений индексов производилась перед началом исследования и в конце – через 4 недели.

Состояние местного иммунитета изучали по реакции адсорбции микроорганизмов эпителиальными клетками. В зависимости от количества микроорганизмов, адсорбированных поверхностью эпителиальной клетки, последние распределяли на 4 группы:

I группа: эпителиальные клетки, на поверхности которых адсорбированных микроорганизмов нет или встречаются единичные кокки;

II группа: эпителиальные клетки, на поверхности которых адсорбировано от 5 до 25 кокков;

III группа: эпителиальные клетки, на поверхности которых адсорбировано от 26 до 50 кокков;

IV группа: эпителиальные клетки, на поверхности которых адсорбировано 51 и более микроорганизмов.

Статистическую обработку результатов проводили параметрическими (критерий Стьюдента) и непараметрическими (критерий U - Вилкоксона-Манна-Уитни) методами.

Полученные результаты. По данным первого осмотра среднее значение гигиенического индекса ОНI-S было высоким – 1,38±0,01 балла. Значения индексов РМА (7,86±1,57) и РБИ (1,18±0,07) свидетельствовали о преобладании средней степени патологии тканей пародонта.

По завершению исследования у всех пациентов отмечалось значительное улучшение состояния полости рта, прекратились жалобы на кровоточивость десен при чистке зубов, неприятный запах из рта. Значения индекса ОНІ-S снизились до 0,72±0,05 (степень редукции 72%) и соответствовали хорошей гигиене полости рта. Клинически отмечалось почти полное отсутствие гиперемии десны, что подтверждалось данными индексов РМА (2,77±0,7), снизившегося на 65% и индекс кровоточивости межзубного сосочка, понизившегося на 20%.

Через 3 дня после проведения профессиональной гигиены и использования пасты Parodontax - F у пациентов с хроническим катаральным гингивитом уменьшилась гиперемия десны и кровоточивость. Через 7 дней у всех пациентов этой группы исчезли клинические проявления хронического катарального гингивита. К 12-му дню наблюдения к адсорбированию микроорганизмов были способны 100% эпителиальных клеток.

У пациентов с легкой степенью хронического генерализованного пародонтита через 3 суток уменьшился отек маргинальной десны, кровоточивость, другие клинические признаки сохранились в течение 12 дней. Через 2 недели 60% эпителиальных клеток вступили в реакцию адсорбции. К 28 - му дню 82% эпителиальных клеток проявляли свою защитную функцию.

Все пациенты отметили терпкие вкусовые характеристики и дезодорирующий эффект зубной пасты. По субъективной оценке обследованных в период применения зубной пасты, зубы оставались гладкими и чистыми в течение всего дня, быстро уменьшилась кровоточивость при чистке зубов.

Выводы:

1. Полученные в ходе исследования результаты позволили нам рекомендовать пациентам с воспалительными заболеваниями пародонта зубную пасту Parodontax-F в качестве средства ежедневной гигиены.
2. Проведенное исследование также позволяет отметить, что за счет уменьшения микробной агрессии на слизистую оболочку десны, улучшаются показатели местного иммунитета. Таким образом, назначение зубной пасты Parodontax-F после профессиональной гигиены полости рта, у пациентов с легкой формой пародонтита является достаточной мерой для устранения воспалительных явлений.

Практические рекомендации

1. Врачи – стоматологи и средний медицинский персонал должен больше времени уделять не только лечению, но и профилактике, гигиеническому воспитанию и санитарному просвещению населения в области стоматологии, использовать активные формы санитарного просвещения (лекции, индивидуальные беседы) и пассивные формы (памятки, санбюллетени);
2. Производители средств гигиены организовать выпуск инструкций – вкладышей в упаковки зубных паст с краткими рекомендациями по правильной гигиене полости рта, выбору зубной щетки и ее хранению, пользованию зубными нитями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Грудянов А. И., Стариков Н. А. Лекарственные средства, применяемые при заболеваниях пародонта // Пародонтология. 1998. №2 (8). С. 6-17.
2. Дмитриева Л. А. с соавт. Сравнительная оценка современных антибактериальных препаратов при лечении пародонтита тяжелой степени в стадии обострения // Пародонтология. 1997. Т. 76. №6. С. 19-22; 1998. Т. 77. №4. С. 17-19.
3. Улитовский С. Б. Индивидуальная гигиеническая программа профилактики стоматологических заболеваний. - М., 2003. -292с.
4. Улитовский С. Б. Гигиена полости рта в ортодонтии и ортопедической стоматологии. - М., 2003. - 220 с.
5. Улитовский С.Б. Индивидуальная гигиена полости рта. -М., 2005. -192 с.
6. Улитовский С. Б. Гигиена полости рта в пародонтологии. -М., 2006. -267 с.
7. Царев В. Н. с соавт. Выбор антибактериальных препаратов для комплексного лечения пародонтита в стадии обострения //Стоматология. 1997. Т. 76. №6. С. 19-22.
8. Царев В. Н., Ушаков Р. В., Плахтий Л.Я., Чухаджанг А. Применение адгезивных пленок «Диплен-Дента» в комплексном лечении пародонтита. - М.: УМО МЗ РФ, 2002. - С. 89.
9. Axelson P. Diagnosis and risk prediction of periodontal disease. Vol. 3. - Chicago: Quintessence, 2002. - P. 95-119.
10. Johnson G. K, Hill M. Cigarette smoking and the periodontal patient//J Periodontol. 2004. №75 (2). P. 196-209.

УДК 616.311:616.31-083

ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЛОСТИ РТА

Ожиганова Т. Ю., Анисимова И. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Красноярский базовый медицинский колледж им. В. М. Крутовского
Кафедра микробиологии, терапевтической стоматологии*

Научные руководители: к.б.н., доц. Бакшеева С. С., асс. Сорокина Е. Б.

Актуальность проблемы. Вопрос лечения и профилактики воспалительных заболеваний пародонта продолжает сохранять свою актуальность, несмотря на все увеличивающееся количество схем и комплексных методов лечения. Высокая распространенность воспалительных заболеваний пародонта среди населения, ее стремление к 100% на фоне увеличения выраженности и интенсивности течения этих заболеваний и их омоложения обуславливают необходимость поиска новых средств и методов их лечения и профилактики. На этом фоне появляются новые средства и химические соединения, обладающие иными, чем их предшественники, свойствами. Это препараты и соединения относятся к последним поколениям и обладают более выраженными свойствами или специфической направленностью действия. В этой связи приходится постоянно изучать их клинко-лабораторные свойства и показатели, а на их основе разрабатывать мероприятия по использованию с учетом активных свойств и стоматологического статуса пациентов.

В последнее время все чаще используют средства гигиены полости рта, обладающие противовоспалительными свойствами за счет входящих в их состав активных компонентов. На рынке появляется все больше таких лечебно-профилактических средств, они приходят на смену гигиеническим эликсирам и бальзамам и все шире используются на практике, наряду с фармакологическими препаратами. Переход от производства гигиенических средств к производству профилактических значительно расширил возможности стоматологов в лечении пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта. Данные средства предназначены для использования пациентами с воспалительными заболеваниями

пародонта, особенно на фоне выраженного образования зубных отложений. Направленность этих средств определяет использование в их составе антисептиков, обладающих бактерицидным и бактериостатическим действием на различные виды микрофлоры полости рта.

В стоматологической практике для лечения воспалительных заболеваний пародонта широко используются лекарственные формы местного действия. При местном воздействии препарат позволяет менять характер воздействия на клеточные факторы воспаления (4).

На фоне постоянного использования лечебных препаратов, содержащих антибиотики, возникает риск появления устойчивых форм патогенных микроорганизмов, а также увеличивается вероятность развития дисбактериоза полости рта. Избежать этого можно, используя антибактериальные препараты с активными компонентами. Следует также отметить важность концентраций лечебных веществ, дабы не привести к нежелательным результатам (1, 2, 3).

Гигиенический режим ухода за полостью рта, необходимый для удаления химических соединений, оседающих на мягких и твердых тканях полости рта, включает в себя различные этапы, такие как собственно чистка зубов, флос-синг, полоскание с использованием ополаскивателей с антибактериальными активными компонентами способствует предупреждению формирования и последующего развития зубной бляшки и ее трансформации в мягкий зубной налет, с последующей минерализацией (5, 6, 7, 8).

Образование мягкого зубного налета следует рассматривать как важнейший этиологический фактор разрушения пародонта, а зубной камень - как следствие этого процесса (9, 10). Это замедляет заживление ран, также повышая восприимчивость к заболеваниям пародонта, что может уменьшить успех лечения (10).

Важно отметить, что высокая адгезия препарата и, как следствие этого, создание устойчивого депо активных компонентов в зоне очага воспаления создаст благоприятные условия для эффективного лечения и последующей профилактики заболеваний пародонта.

К новым лечебно-профилактическим средствам для полости рта относится Лечебно – профилактическая зубная паста «Paradontax - F», в ее состав входят такие активные компоненты как экстракты шалфея оказывают антисептическое действие, ромашка способствует уменьшению воспаления, эхинацея повышает сопротивляемость организма, ратания и мирра оказывают вяжущее, тканеукрепляющее действие.

Цель исследования. Изучить влияние зубной пасты Paradontax-F на гигиеническое состояние полости рта и на состояние пародонта.

Задачи исследования:

1. Изучить влияние зубной пасты Paradontax-F на гигиену полости рта при воспалительных заболеваниях тканей пародонта;
2. Оценить резистентность клеток эпителия десны в процессе применения зубной пасты Paradontax-F при заболеваниях тканей пародонта.

Материал и методы исследования. Настоящее исследование выполнено на базе медицинского колледжа им. Крутовского и кафедре микробиологии Красноярского Государственного Медицинского Университета. Клиническое исследование проводилось в течение месяца. Под наблюдением находилось 42 пациента в возрасте от 18 до 35 лет с хроническим катаральным гингивитом (30 пациентов) и пародонтитом легкой степени тяжести (12 пациентов), без выраженной сопутствующей патологии. Обследование проводилось по стандартной схеме и данные заносили в медицинскую карту формы №043/у. Диагноз ставили на основании данных клинического осмотра и рентгенологического исследования. Всем пациентам была рекомендована двукратная чистка зубов с использованием стандартного метода. Для ежедневной гигиены пациентам выдавали зубную пасту Paradontax-F.

Для оценки гигиенического состояния полости рта и очищающих свойств исследуемой зубной пасты использовался индекс гигиены ОНI-S (Грина-Вермиллиона).

Противовоспалительное действие оценивали по индексам РМА (Ратна), индексу кровоточивости межзубного сосочка (Muhlemann).

Оценка значений индексов производилась перед началом исследования и в конце – через 4 недели.

Состояние местного иммунитета изучали по реакции адсорбции микроорганизмов эпителиальными клетками. В зависимости от количества микроорганизмов, адсорбированных поверхностью эпителиальной клетки, последние распределяли на 4 группы:

I группа: эпителиальные клетки, на поверхности которых адсорбированных микроорганизмов нет или встречаются единичные кокки;

II группа: эпителиальные клетки, на поверхности которых адсорбировано от 5 до 25 кокков;

III группа: эпителиальные клетки, на поверхности которых адсорбировано от 26 до 50 кокков;

IV группа: эпителиальные клетки, на поверхности которых адсорбировано 51 и более микроорганизмов.

Статистическую обработку результатов проводили параметрическими (критерий Стьюдента) и непараметрическими (критерий U - Вилкоксона-Манна-Уитни) методами.

Полученные результаты

По данным первого осмотра среднее значение гигиенического индекса ОНI-S было высоким – $1,38 \pm 0,01$ балла. Значения индексов РМА ($7,86 \pm 1,57$) и РВI ($1,18 \pm 0,07$) свидетельствовали о преобладании средней степени патологии тканей пародонта.

По завершению исследования у всех пациентов отмечалось значительное улучшение состояния полости рта, прекратились жалобы на кровоточивость десен при чистке зубов, неприятный запах из рта. Значения индекса ОНI-S снизились до $0,72 \pm 0,05$ (степень редукции 72%) и соответствовали хорошей гигиене полости рта. Клинически отмечалось почти полное отсутствие гиперемии десны, что подтверждалось данными индексов РМА ($2,77 \pm 0,7$), снизившегося на 65% и индекс кровоточивости межзубного сосочка, понизившегося на 20%.

Через 3 дня после проведения профессиональной гигиены и использования пасты Parodontax - F у пациентов с хроническим катаральным гингивитом уменьшилась гиперемия десны и кровоточивость. Через 7 дней у всех пациентов этой группы исчезли клинические проявления хронического катарального гингивита. К 12-му дню наблюдения к адсорбированию микроорганизмов были способны 100% эпителиальных клеток.

У пациентов с лёгкой степенью хронического генерализованного парадонтита через 3 суток уменьшился отёк маргинальной десны, кровоточивость, другие клинические признаки сохранились в течение 12 дней. Через 2 недели 60% эпителиальных клеток вступили в реакцию адсорбции. К 28 - му дню 82% эпителиальных клеток проявляли свою защитную функцию

Все пациенты отметили терпкие вкусовые характеристики и дезодорирующий эффект зубной пасты. По субъективной оценке обследованных в период применения зубной пасты, зубы оставались гладкими и чистыми в течение всего дня, быстро уменьшилась кровоточивость при чистке зубов.

Выводы

1. Полученные в ходе исследования результаты позволили нам рекомендовать пациентам с воспалительными заболеваниями пародонта зубную пасту Paradontax-F в качестве средства ежедневной гигиены.

2. Проведенное исследование также позволяет отметить, что за счет уменьшения микробной агрессии на слизистую оболочку десны, улучшаются показатели местного иммунитета. Таким образом, назначение зубной пасты Paradontax-F после профессиональной гигиены полости рта, у пациентов с легкой формой пародонтита является достаточной мерой для устранения воспалительных явлений.

Практические рекомендации

1. Врачи – стоматологи и средний медицинский персонал должен больше времени уделять не только лечению но и профилактике, гигиеническому воспитанию и санитарному просвещению населения в области стоматологии, использовать активные формы санитарного просвещения (лекции, индивидуальные беседы) и пассивные формы (памятки, санбюллетени);

4. Производители средств гигиены организовать выпуск инструкций – вкладышей в упаковки зубных паст с краткими рекомендациями по правильной гигиене полости рта, выбору зубной щетки и ее хранению, пользованию зубными нитями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Грудянов А. И., Стариков Н. А. Лекарственные средства, применяемые при заболеваниях пародонта // Пародонтология. 1998. №2 (8). С. 6-17.
2. Дмитриева Л. А. с соавт. Сравнительная оценка современных антибактериальных препаратов при лечении пародонтита тяжелой степени в стадии обострения // Пародонтология. 1997. Т. 76. №6. С. 19-22; 1998. Т. 77. №4. С. 17-19.
3. Царев В. Н. с соавт. Выбор антибактериальных препаратов для комплексного лечения пародонтита в стадии обострения // Стоматология. 1997. Т. 76. №6. С. 19-22.
4. Царев В. Н., Ушаков Р. В., Плахтий Л. Я., Чухаджанг А. Применение адгезивных пленок «Диплен-Дента» в комплексном лечении пародонтита. - М.: УМО МЗ РФ, 2002. - С. 89.
5. Улитовский С. Б. Индивидуальная гигиеническая программа профилактики стоматологических заболеваний. - М., 2003.-292с.
6. Улитовский С. Б. Гигиена полости рта в ортодонтии и ортопедической стоматологии. - М., 2003. - 220 с.
7. Улитовский С. Б. Индивидуальная гигиена полости рта. -М., 2005. -192 с.
8. Улитовский С. Б. Гигиена полости рта в пародонто-логии.-М., 2006. -267 с.
9. Axelsson P. Diagnosis and risk prediction of periodontal disease. Vol. 3. - Chicago: Quintessence, 2002. - P. 95-119.
10. Johnson G. K, Hill M. Cigarette smoking and the periodontal patient//J Periodontol. 2004. №75 (2). P. 196-209.

УДК 616.981.42:616-036.22 (571.15)

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ БРУЦЕЛЛЕЗА В АЛТАЙСКОМ КРАЕ В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ

Исаева Т. А., Оловянная М. С.

*Алтайский государственный медицинский университет
Кафедра эпидемиологии*

Научные руководители: д.м.н., проф. Лукьяненко Н. В.

Бруцеллез у человека в Алтайском крае впервые был диагностирован в 1933 году. Первоначально вспышки заболевания бруцеллезом регистрировались среди животноводов овцеводческих хозяйств. Бруцеллез КРС в крае появился вместе с высокопродуктивными животными эвакуированными в годы ВОВ с Поволжья, где в тот период было много бруцеллезного скота. Алтайский край, получив тяжелое наследие военных лет - высокую заболеваемость бруцеллезом как животных, так и населения, смог справиться с этой проблемой. Рассмотрим основные этапы этой работы

Широкий комплекс противобруцеллезных мероприятий осуществлен в соответствии с концепцией П.Ф. Здродовского (снижение заболеваемости среди населения зависит от радикальных мер в отношении основного источника эпидемического бруцеллеза - изоляция и последующий убой больного мелкого рогатого скота).

В 50-е годы в крае была организована сеть изоляторов для временного содержания больного скота до его убоя.

В 1952 году приступили к проведению профилактических прививок животноводов в неблагополучных хозяйствах.

С 1955 года начали прививать животных в неблагополучных хозяйствах.

С 1956 года начали проведение прививок всем животноводом и работникам предприятий по переработке продукции животноводства (мясокомбинаты, молокоперерабатывающие предприятия). Вводится строгий контроль за проведением оздоровительных мероприятий в неблагополучных по бруцеллезу пунктах.

Неблагополучный пункт - населенный пункт или хозяйство, в котором выявлены больные животные и для оздоровления которого необходимо провести комплекс мероприятий по ликвидации источника заражения и оздоровлению путей передачи инфекции. В комплекс мер входят медикопрофилактические, ветеринарные профилактические, противоэпизоотические, противоэпидемические и ветеринарно-санитарные мероприятия.

В Алтайском крае одним из первых в Сибирском регионе удалось решить вопрос убоя больных животных сразу после их выявления. В связи с чем были ликвидированы изоляторы в 1966 году за их ненужностью. К примеру, у наших соседей (Новосибирская область) изоляторы существовали до 80х годов.

Плановая повсеместная работа по борьбе с бруцеллезом в крае привела к ликвидации бруцеллеза овец к 1974 году. И постепенному снижению пораженности КРС и снижению заболеваемости населения.

С 1977 года в крае охватываются прививками только работники крупных мясокомбинатов, где работают санитарные бойни по убою больных животных.

1981 года прививки против бруцеллеза жителям края не проводятся вообще.

Согласно Постановлению Администрации края с целью достижения скорого эффекта оздоровления неблагополучных пунктов, с заболеваниями скота в индивидуальном секторе хозяйства края брали на себя задачу по замене у частных лиц больных животных на здоровых с последующей сдачей больного скота на убой.

С 1978 года благодаря активным противозoonотическим мероприятиям, проводимым в очагах бруцеллеза КРС со sporadической заболеваемостью животных, заболеваемость среди людей регистрируется в единичных случаях, показатель не превышает 0,1 на 100 тыс. населения. Прогнозировалась полная ликвидация заболеваемости бруцеллезом (1998 год), однако, изменения политической, экономической и хозяйственной жизни в стране и крае не дали осуществиться этим прогнозам.

В 2008 году в АК произошло резкое ухудшение эпизоотической и эпидемической ситуации. За 2008 год зарегистрировано 12 неблагополучных пунктов по бруцеллезу животных, шесть пунктов по бруцеллезу мелкого рогатого скота (Зональный район с. Буланиха, с. Плешково, п. Октябрьский, Родинский район с. Степной Кучук, Волчихинский район с. Волчиха ЧП «Гулиев», г. Барнаул п. Землянуха ЧП «Закевоян»), шесть пунктов по бруцеллезу крупного рогатого скота (Зональный район с. Буланиха, п. Октябрьский, с. Н. Чемровка, Родинский район с. Степной Кучук, Бурлинский район ООО КФХ «Агрофирма», Волчихинский район с. Волчиха ЧП «Гулиев»). При диагностических исследованиях животных в крае выявлено положительно реагирующих на бруцеллез 34 головы крупного рогатого скота, 353 головы мелкого рогатого скота, 4 головы собак. Среди маралов (2347 голов) и свиней (4733 головы) больных животных не выявлено.

Среди людей зарегистрировано 50 случаев заболевания острым бруцеллезом, показатель заболеваемости составил 1,98 на 100 тыс. населения (уровень 1967 года). Заболеваемость регистрировалась в 6 населенных пунктах трех административных территориях края:

Населенный пункт	Количество случаев абс. число	Показатель на 100 тыс. населения
I Зональный район	31	157,2
с. Буланиха	22	909,5
п. Октябрьский	4	349,9
с. Плешково	3	224,0
с. Зональное	2	58,2
II Родинский район	16	67,5
с. Ст. Кучук	16	1306,1
III Волчихинский район	3	14,2
с. Волчиха	3	27,2
Всего в крае	50	1,98

Все случаи заболевания относились к 30 домашним очагам. В 19 очагах (63% от всех домашних очагов), где были больные животные, проживало 38 человек заболевших (76% от всех заболевших). В 11 очагах (37% от всех домашних очагов) больных животных не было, проживало 12 человек заболевших (24% от всех заболевших).

При проведении эпидемиологического расследования были установлены пути и факторы передачи инфекции в очагах.

Факторы передачи инфекции в очагах

Вет. услуги, уход за животными		Употребление молока, мяса		Сочетание факторов		Всего
а.ч.	уд. вес	а.ч.	уд. вес	а.ч.	уд. вес	
12	24%	14	28%	24	48%	50

Распределение заболевших по профессиональным группам

Животноводы		Вет. работники		Прочие		Всего
а.ч.	уд.вес	а.ч.	уд.вес	а.ч.	уд.вес	
12	24%	6	12	32	64%	50

Распределение заболеваемости по возрастным группам

Дети							Взрослые					
всего	До 14 лет					Подростки 15-17 лет	Всего	18-24 года	25-29 лет	30-49 лет	50-59 лет	60 лет и ст.
	всего	до 1 года	1-2 года	3-6 лет	7-14 лет							
8	7	1	1	1	4	1	42	7	3	17	10	5
16%	88%	14%	14%	14%	58%	12%	84%	17%	7%	40%	24%	12%

8 случаев заболевания - дети, 16 % от общего числа заболевших. Заболевание связано с употреблением молока и молочных продуктов. 42 случая заболевания зарегистрировано среди взрослых (84% от общего числа заболевших). Заражение происходило при уходе за больными животными, при употреблении молока и молочных продуктов. Больше всего заболевших среди детей в возрастной группе 7-14 лет, среди взрослых в возрастной группе 30-49 лет. Эти группы отличаются от остальных тем, что более деятельны, активны как при работе на собственных подворьях, так и в общественных хозяйствах.

Ослабление ветеринарного и санитарного контроля привело к нарушениям и невыполнению требований ветеринарного законодательства владельцами животных.

Причины появления заболеваемости среди животных в крае:

- завоз животных без ветеринарных документов из сопредельных с Алтайским краем неблагополучных регионов (Казахстан, республика Алтай);
- невыдерживание карантина после завоза животных;
- отсутствие постоянного ветеринарного наблюдения за животными;
- отсутствие муниципальной ветеринарной службы.

Причины затянувшегося оздоровления неблагополучных пунктов:

1. Затягивание вет. службой диагностики заболевания, известно, что от типа возбудителя зависит как объем, так и характер проводимых мероприятий.
2. Отсутствие в крае мясокомбинатов с функцией убой скота, так длительное решение о том какой мясокомбинат будет выполнять эту работу, привело к длительной передержке больных животных в населенных пунктах.

Задачи по профилактике и борьбе с бруцеллезом в крае:

- обеспечить полный охват диспансеризацией и обследованием всех работающих в животноводстве и на предприятиях по переработке продукции животноводства;
- проводить совместно с ветеринарной службой комплексные обследования вновь выявленных неблагополучных пунктов;
- обеспечить совместное с ветеринарной службой составление плана оздоровления неблагополучного пункта и контроль за его выполнением;
- продолжить изучение иммуноструктуры (серомониторинг за бруцеллезной инфекцией) среди населения края.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бронштейн А.М., Токмолаев А.К. Паразитарные болезни человека: протозоозы и гельминтозы. М.: Из-во РУДН, 2000-230 с.
2. Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б. К. Инфекционные болезни и эпидемиология. М.: «ГЕОТАР-МЕД», 2003, -811 с.
3. Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации. Сан Пин 3.2.1333-03, М.:Минздрав России, 2003 -67 с.
4. Руководство по инфекционным болезням / Под ред. Ю.В. Лобзина. СПб.: «Фолиант», 2003.-1037 с.
5. Профилактика и лабораторная диагностики бруцеллеза людей : Методические указания от 30.01.2003 №МУ 3.1.7.1189-03

УДК 616.37-007.23-036:576.855

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ МОНИТОРИНГА СОСТАВА МИКРОФЛОРЫ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Онзуль Е. В., Дробушевская А. И.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра общей хирургии, микробиологии*

**Научные руководители: д.м.н., проф. Винник Ю. С., к.б.н., доц. Перьянова О. В.,
к.б.н. Осипова Н. П., к.м.н., доц. Теплякова О. В.**

Острый панкреатит - одна из важнейших проблем неотложной абдоминальной хирургии, что подтверждается как неуклонным ростом заболеваемости, так и высокими показателями летальности. Диагностика и лечение инфицированных форм панкреонекроза являются одними из наиболее проблемных разделов абдоминальной хирургии [2,4,12]. Наиболее тяжелым контингентом больных с острыми воспалительными заболеваниями поджелудочной железы являются пациенты с гнойно-некротическими осложнениями острого панкреатита, летальность при которых не имеет тенденции к снижению и варьирует от 30% до 85% [1,3,9]. Этиология инфицированного панкреонекроза характеризуется широким спектром аэробно-анаэробных микроорганизмов и их ассоциаций [5,7]. Состав возбудителей панкреатогенной инфекции в значительной степени зависит от состояния микроэкологии желудочно-кишечного тракта - основного эндогенного источника контаминации участков некроза поджелудочной железы, длительности заболевания, нерационального использования антибактериальных препаратов [6,11].

Цель исследования: проследить динамику смены состава микрофлоры при деструктивных формах острого панкреатита.

В задачи исследования входило:

1. Изучить количественный и качественный состав микрофлоры у больных панкреонекрозом за период 2007-2009 гг.;
2. Проследить изменения видового состава микрофлоры при панкреонекрозе за 2003-2009гг.

Материалы и методы. В период с 2003 по 2009 гг. под наблюдением находились 70 больных, оперированных по поводу деструктивных форм острого панкреатита на базе ГКБ №7 г. Красноярск. Забор материала для бактериологического исследования выполняли интраоперационно (содержимое сальниковой сумки, двенадцатиперстной кишки, желчь, перитонеальный экссудат). Количество микроорганизмов определяли методом Gould. Идентификацию исследуемых культур проводили на основании морфотинкториальных, культуральных и биохимических свойств. Для первичного посева исследуемого материала использовали кровяной агар, среду Эндо, агар Шадлера (для анаэробов).

Результаты и обсуждение. В качестве объекта ретроспективного сравнительного анализа использовали результаты бактериологического мониторинга, проведенного на базе кафедр микробиологии и общей хирургии в период с 2003 по 2005 гг.

За период 2003-2005гг. доминирующей микрофлорой больных деструктивным панкреатитом явились ассоциации неферментирующих грамотрицательных микроорганизмов, выделенные из желчи, содержимого сальниковой сумки, двенадцатиперстной кишки и перитонеального экссудата в количестве 107 и более КОЕ/мл. В изученных патологических материалах удельный вес ассоциаций микроорганизмов составил в среднем 85±4,8%. Наиболее часто встречались

следующие сочетания: *A. baumannii*, *S. maltophilia* и *P. aeruginosa* (33,4±5,1%); *A. baumannii*, *B. cepacia* и *E. coli* (25±6,6%); *A. baumannii* и *C. albicans* (25±6,4%); *P. aeruginosa* и *S. hominis* (8,3±0,7%); *P. vulgaris* и *E. faecium* (8,3±0,7%). Грамположительная флора встречалась в основном из сред накопления и в незначительном количестве.

За период 2007-2009 гг. произошли изменения в составе микрофлоры, выделенной при гнойных осложнениях острого панкреатита, а именно, увеличилось количество грамположительных микроорганизмов, удельный вес которых составляет 62±3,5%. В изученных патологических материалах: желчь, содержимое сальниковой сумки, двенадцатиперстной кишки и перитонеальный экссудат, с равной частотой выделялись как ассоциации, так и монокультуры микроорганизмов в количестве 106 и более КОЕ/мл.

Наиболее часто встречались ассоциации: *E. durans*, *Staphylococcus* spp. и *Pasterella multocida* (50%±3,7%); *E. durans* и *C. albicans* (25±3,4%); *E. durans* и *Staphylococcus* spp. (25±3,4%). У 37% больных микроорганизмы были выделены в монокультуре и представлены: *Staphylococcus* spp., *A. baumannii* и *E. coli*.

Выводы:

1. С 2003 по 2005 гг. в развитии гнойных осложнений острого деструктивного панкреатита основную роль играли ассоциации грамотрицательных микроорганизмов, удельный вес которых составлял 85±4,8%. Наиболее часто ассоциации представлены следующими видами: *A. baumannii*, *E. coli*, *C. albicans*, *P. aeruginosa*, *S. maltophilia*, *P. vulgaris* и *B. cepacia*.

2. За последние три года наблюдается уменьшение количества ассоциаций и изменение микробного пейзажа, среди которого на первое место выходит грамположительная микрофлора. Наиболее часто встречаются следующие микроорганизмы: *E. durans*, *Staphylococcus* spp..

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бондаренко В.Н. Роль условно-патогенных бактерий кишечника в полиорганной патологии человека. Триада. М., 2007 г.
2. Гальперин Э.И., Дюжева Т.Г., Докучаев К.В. и др. Диагностика и хирургическое лечение панкреонекроза // Хирургия.-2003. - №3. - С. 55-59.
3. Гостищев В.К., Глушко В.А. Панкреонекроз и его осложнения, основные принципы хирургической тактики. //Хирургия.-2003. №3.-С.50-54.
4. Деллинджер Э.П. Инфекционные осложнения панкреатита // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия.-2003. №2.-С.108 -117.
5. Кузнецов Н.А., Родоман Г.В., Шалаева Т.И., Наливайский А.А. Пути улучшения результатов лечения больных панкреонекрозом.//Хирургия.-2008.- №5.-С.40-46
6. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. Оптимизация лечения панкреонекроза -роль активной хирургической тактики и рациональной антибактериальной терапии// Анналы хирургии.-2000.-№2.-С.12-16.
7. Толстой А.Д., Андреев М.И., Супапашвили С.Г. и др. Лечение перипанкреатического инфильтрата при остром деструктивном панкреатите: пособие для врачей. -СПб.: Изд-во С.Петербург. ун-та, 2001г.-32с.
8. Якимов С.В. Лечение острого панкреатита методом озонотерапии: Автореф. дис. докт. мед. наук. – г. Красноярск, 2002.-52с.
9. Яницкий Н.А., Седов В.М., Сопия Р.А. Острый панкреатит. - м.: МЕДпресс - информ, 2003.-222с.
10. Andersson R., Wang X. Necrotic pancreatitis// Pancreas. -1998.-Vol.17, №3.-P.281-288.
11. Beger H.G., Rau B., Isenmann R. Natural history of necrotizing pancreatitis// Pancreatology.-2003.-Vol.3.-P.93-101.
12. Saenko V.V., Andreevskiy S.A. Antibacterial therapy of pancreonecrosis// Klin.Khir.-2001.-Vol.3.- P.5-10.

УДК: 616.37-003.4-089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Чернов В. Н., Бентил Ф. Э., Онищенко Ю. В.

Ростовский государственный медицинский университет

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель: д.м.н., проф. Чернов В. Н.

Актуальность проблемы: В настоящее время острый панкреатит превратился в одно из распространенных хирургических заболеваний и занимает третье место после острого аппендицита и холецистита. Больные с острым панкреатитом составляют 5–10 % от общего числа пациентов хирургического профиля. В 15–20 % наблюдений развитие острого панкреатита носит деструктивный характер [6]. Острый деструктивный панкреатит осложняется формированием постнекротических псевдокист у 5–22 % пациентов [2,3]. Большинство псевдокист ассимптоматичны, однако они могут иметь различные клинические проявления в зависимости от размеров и локализации. Постнекротические псевдокисты поджелудочной железы таят угрозу развития таких тяжелых осложнений, как перфорация в соседние органы и брюшную полость, встречающаяся в 6–34 % и приводящая в 35–70 % случаев к летальным исходам [8], спонтанное инфицирование содержимого псевдокист с формированием абсцесса, образование панкреатического асцита и плеврита при разрыве панкреатического протока с формированием свища с брюшной или грудной полостью или при разрыве псевдокисты, малигнизация [4]. Большие по объему постнекротические кисты поджелудочной железы (ПНК ПЖ) могут вызывать нарушения эвакуации по желудочно-кишечному тракту вплоть до острой непроходимости, асцит, сердечно-легочную недостаточность [5]. Наиболее грозным осложнением являются эрозивные кровотечения в полость кисты, брюшную полость, желудочно-кишечный тракт и забрюшинное пространство с летальностью от 15 % до 45 % [1]. Прорыв псевдокисты в полый орган также нередко сопровождается профузным кровотечением вследствие аррозии его сосудов либо крупных магистральных стволов и встречается в 1,5–9,4 % случаев [9]. Летальность при этом осложнении достигает 65–80 % [7]. Кроме того, увеличение числа лиц молодого и среднего возраста делает эту проблему остро социальной. Из всего вышесказанного следует, что лечение постнекротических псевдокист поджелудочной железы является на сегодняшний день одной из актуальных проблем в абдоминальной хирургии.

Цель работы – улучшение результатов лечения больных с псевдокистами поджелудочной железы путем создания и выбора алгоритма лечения и оперативного доступа (эндоскопия, лапароскопия, широкая лапаротомия, пункция и дренирование под УЗИ-контролем)

Задачи работы: Провести сравнительную оценку результатов лечения псевдокист поджелудочной железы консервативным и оперативным (эндоскопия, лапароскопия, широкая лапаротомия, пункция и дренирование под УЗИ-контролем) способом и определить четкие показания к различным методам лечения, уменьшить ряд интраоперационных и послеоперационных осложнений путем соблюдения основных методологических принципов хирургической тактики на поджелудочной железе.

Научная новизна: Впервые разработан алгоритм выбора метода лечения больных с псевдокистами поджелудочной железы.

Материалы и методы: В клинике общей хирургии РостГМУ за период 2000-2007гг. пролечено 116 больных с диагнозом псевдокиста поджелудочной железы. Среди них было 72 (62,1%) мужчин и 44 (37,9%) женщин в возрасте от 22 до 86 лет. Средний возраст составил 49,8года. Длительность пребывания в стационаре 4-70дней. Среднее количество койко-дней составило 17,6. Этиология панкреатита была алиментарной у 92 (79,3%) больных, билиарной у 23 (19,8%) больных и посттравматической у одного (0,9%) больного. 15 (12,9%) больных ранее оперированы по поводу панкреонекроза. Различные по объёму операции при псевдокистах поджелудочной железы выполнены 36 больным (31,0%). Среди оперированных, было 25(69,4%) мужчин и 11(30,6%) женщин. Кисты локализовались преимущественно в области головки и тела поджелудочной железы и только у 6(16,7%) больных киста локализовалась в области хвоста. Среди оперированных наружное дренирование выполнено 17 больным что составило 47,2%. У данных больных имел место разрыв кист, а их размер колебался от 7,2х7,0см до 30х29см, и только в 3(17,7%) случаях киста была меньше 10,0 см в диаметре. Возраст больных колебался от 32 до 86лет. Среди них было 13 (76,5%) мужчин и 4 (23,5%) женщины. Длительность пребывания в стационаре 10-70дней. Среднее количество койко-дней составило 32,9. Лапаротомия и внутреннее дренирование выполнено 6(16,7%) больным. Все были мужчинами в возрасте 33-54лет. Средний возраст составил 42,3года. Продолжительность госпитализации колебалась от 12 до 30дней. Среднее количество койко-дней – 19,7. Кисты локализовались преимущественно в области головки. Эндоскопические цистогастротомии выполнены 6 (16,7%) больным. Возраст колебался от 32 до 66 лет. Средний возраст составил 45,3года. Продолжительность госпитализации от 12 до 21дней. Среднее количество койко-дней составило 14,7. Кисты локализовались в области головки и тела железы. Пункция и дренирование под УЗИ-контролем выполнено 7(19,4%) больным. При этом кисты локализовались в области тела и хвоста железы. Среди них было 4(57,1%) мужчин и 3(42,9%) женщины. Возраст колебался от 35 до 76лет. Средний возраст составил 48,3года. Размер кист колебался от 8,2х7,0см до 12х9,0см. Длительность пребывания в стационаре 8-13дней. Среднее количество койко-дней составило 9,8. Комплексное консервативное лечение проведено 80(70,0%) больным. Возраст колебался от 22 до 79лет. Средний возраст составил 53,8года. Среди них было 50(62,5%) мужчин и 30 (37,5%) женщин. Длительность госпитализации от 3 до 52дней. Размер кист был от 1,0х0,9см до 15,0х15,0см.

Результаты: После проведенной консервативной терапии отмечалось купирование болевого синдрома, нормализация температурной реакции и показателей лабораторных исследований, а также существенное уменьшение размеров кист в течении 1-2 недель. Длительность госпитализации колебалась от 3 до 52дней, средний койко-день составил 22. Летальности не отмечено. Ретроспективный обзор 80 историй болезни пациентов с ПК пролеченных консервативно показал, что осложнения возникли у 6 больных (7,5 %), большинство из которых имели место в первые 10 недель после выписки из стационара. Имели место следующие осложнения: перфорация в свободную брюшную полость у 3 больных, перфорация в плевральную полость у одного больного и формирование абсцесса у двух больных. В дополнение к этому 8 (10%) пациентов подверглись плановой операции из-за боли связанной с увеличением кисты. Однако у 62 больных (77 %) наблюдалось либо спонтанное рассасывание кист в сроки до 1-го года, размер кисты при этом колебался от 1,0х0,9см до 4,8х4,5см, либо бессимптомное течение кист, или же постепенное уменьшение последних в размерах за время наблюдения. Но в целом размеры ПК у больных в группе консервативного лечения были меньше, чем у пациентов требующих хирургического лечения. Проследить судьбу 4 больных (5%) не представилось возможным.

По литературным данным после эндоскопического лечения псевдокист поджелудочной железы такие осложнения, как кровотечение, инфицирование, перфорация, обострение панкреатита, острый холецистит, а также перфорация 12-перстной кишки, возникают в среднем в 11% случаев, у наших больных осложнений в ходе аналогичного лечения не отмечено. Длительность госпитализации колебалась от 12 до 21дней, средний койко-дней составил 14,7. Рецидивирование при эндоскопическом дренировании имеет место в 6-23% случаев. Летальность составляет 0-7%. В нашей клинике рецидивов и летальности не отмечено.

После выполнения панкреатоцистоеюностомии (цисто-гастростомии), у одного больного имело место кровотечение из дуоденальных сосудов во время операции. Длительность госпитализации составила от 12 до 36 дней, среднее количество койко-дней 19,7. Купирование болевого синдрома, нормализация температурной реакции и лабораторных показателей происходили в течении 1-2 недель после операции. Среди больных, которым была выполнена лапаротомия с наружным дренированием, в одном случае также имело место кровотечение из дуоденальных сосудов во время операции. Продолжительность госпитализации колебалась от 10 до 70дней. Среднее количество койко-дней составило 32,9.

После выполнения пункции и дренирование под УЗИ-контролем осложнения возникли у двух (28,6%) больных. Так у одного (14,3%) больного в связи с недостаточным дренированием выполнена лапаротомия с последующим внутренним дренированием. В другом случае у одного (14,3%) больного развился перитонит на фоне перфорации кисты, что потребовало экстренной лапаротомии и наружного дренирования.

Выводы: Анализ результатов проведенных исследований, позволяет сделать вывод о необходимости дифференцированного подхода к лечению псевдокист поджелудочной железы. Этот факт дает основания рекомендовать консервативную терапию при наличии кист диаметром до 4-5см, которая должна включать антисекреторные препараты и синтетические аналоги соматостатина.

Эндоскопическое трансмуральное дренирование является хорошей альтернативой традиционному хирургическому лечению, особенно у пациентов с высоким операционным риском, при локализации кист в области тела и хвоста поджелудочной железы. Преимущество данной методики состоит в коротком сроке госпитализации и относительно низкой стоимости.

Полученные результаты позволяют говорить о высокой эффективности пункционного дренирующего метода при лечении больных с псевдокистами поджелудочной железы размерами до 12х9,0см. Пункционное дренирование кисты не только устраняет развившееся осложнение, но и в последующем, при отсутствии связи кисты с протоковой системой ПЖ, способствует ее ликвидации. В дальнейшем, если пункционное дренирование не приводит к полной ликвидации кисты в течение 3-х месяцев, во вторым этапом необходимо выполнить внутреннее ее дренирование. Недостатком чрезкожного дренирования является длительное нахождение катетера, возможное инфицирование и формирование наружного свища. Лапаротомию и внутреннее дренирование в виде цисто-гастро или дуоденостомии необходимо выполнять при спаивании кисты с желудком или двенадцатиперстной кишкой, при локализации кист в области головки и тела поджелудочной железы.

Наружное дренирование может использоваться при невозможности создания внутреннего анастомоза, и разрыве кист, однако частым исходом подобного метода является формирование наружных панкреатических свищей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Альперович Б. И., Цхай В. Ф., Хабас Г. Н. Лечение кист поджелудочной железы. // Анн. хирург. гепатол. – 1999.- Том 2. – № 2. – С. 144
2. Белокуров Ю. Н., Уткин А. К. Предпосылки использования прецизионной техники в лечении ложных кист поджелудочной железы. // В кн. Новые технологии в диагностике и в хирургии органов гепатопанкреатобилиарной зоны. – Сб. трудов конфер. – М. – 1995. – С. 78-79.
3. Ившин В. Г., Якунин А. Ю., Романов Н. Н. и др. Чрескожное лечение псевдокист поджелудочной железы. // Анналы хир. гепатол. – 1999. – т.4. – № 2. – С.158.
4. Пугаев А. В., Багдасаров В. В. Хирургическое лечение гнойных осложнений острого панкреатита. // Хирургия. – 1997. – № 2. – С.78-81
5. Пугаев А. В., Щепилов Д. В., Травникова Н. Л. Оценка перспективы пункционного лечения ложных кист поджелудочной железы. // Анналы хир. гепатол. – Тула. – 1996. – Том 1. – С.165-166.
6. Савельев В. С., М. И. Филимонов, Б. Р. Гельфанд, Бурневич С. З. Деструктивный панкреатит. Стандарты диагностики и лечения. // Анналы хир. гепатол. – 2001. - т. 6. - № 2. - С. 115 – 122.
7. Deviere J., Cremer M. Endoscopic approach to malignant biliary obstruction. // Cardiovasc. Intervent. Radiol. - 1990. – № 13. - P. 223-230.
8. Zahradka W., Ulbricht G. Das zystische adenom des pancreas. // Z. gesamte inn. Ved. – 1990. – Bd. 45(1). – S. 20 – 21.
9. Zinner M. J., Schwartz S. I., Ellis H. Abdominal operations. // Prentice Hall Internationa.-1997. – V. II. – S. XI.- P. 1547 – 1561.

УДК 616.212-06-085

ОСОБЕННОСТИ ОРБИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Оразалинова С. У.

*Карагандинский государственный медицинский университет
Кафедра глазных болезней с курсом оториноларингологии и реанимации
Научный руководитель: к.м.н. Доскалиева А. Б.*

Проблема орбитальных осложнений воспалительных заболеваний околоносовых пазух является актуальной ввиду ее распространенности, серьезными последствиями для зрения, и опасности для жизни. В среднем около 5-15% взрослого населения страдают той или иной формой синусита [3]. В 3-4% случаев заболевание осложняется внутриглазной патологией [1], что обусловлено топографоанатомическими взаимоотношениями.

Несмотря на широкое применение антибиотиков, сульфаниламидных, кортикостероидных и дезинтоксикационных препаратов до настоящего времени отмечается тенденция к увеличению числа больных с риногенными орбитальными осложнениями.

Анатомической особенностью околоносовых пазух, состояние общей и местной реактивности организма, вирулентности инфекции является причинами, способствующими проникновению инфекции в глазницу. Определенное значение в проникновении воспалительного процесса имеет и структура костной ткани, которая имеет компактное строение, содержит незначительное количество сосудов, оказывающее большее сопротивление инфекции, чем толстая и спонгиозная [4,7].

В патогенезе орбитальных осложнений немалая роль принадлежит щелям и отверстиям общих костных стенок. Уменьшение проходимости выводящих протоков естественных отверстий околоносовых пазух нарушает физиологические функции последних и способствует развитию осложнений [5-6].

Проникновение инфекции в полость глазницы может происходить различными путями: контактным, гематогенным, периневральным и лимфогенным [2].

Цель данной работы – анализ встречаемости и эффективность лечения орбитальных осложнений воспалительных заболеваний околоносовых пазух за период с 2004-2008гг. в ЛОР-отделении «ОМЦ» г. Караганды.

Материалы и методы. В отделении оториноларингологии «ОМЦ» г. Караганды на стационарном лечении за 5-летний период с 2004-2008гг находилось 5080 пациентов (в возрасте от 17 лет и старше). По нашим данным, наибольшее число воспалительных заболеваний околоносовых пазух приходится на 1-й и 4-й кварталы года, т. е на осенне-зимний период. Наиболее часто заболевания околоносовых пазух осложнялись вовлечением орбиты у лиц молодого возраста (в возрасте от 17 до 25 лет). Так же нами отмечено, что лиц мужского пола оказалось в 2 раза больше, чем лиц женского пола.

Характер заболевания	Острый синусит		Хронические	
	всего	Орбитальные осложнения	всего	Орбитальные осложнения
Этмоидит	35	3 (8,6%)	26	5 (19,2%)
Фронтит	45	4 (8,8%)	35	7 (20 %)
Гайморит	350	8 (2,3%)	125	5 (4 %)
Гайморит и этмоидит	230	7 (3,04 %)	116	9 (7,7 %)
Гемисинуит	85	10 (11,8%)	80	7 (8,75 %)
Пансинуит	18	6 (27,7%)	13	2 (15,4 %)
Реактивный отек века	15	15 (100%)	9	9 (100 %)
Флегмона глазницы	3	3 (100%)	2	2(100 %)
Субпериостальный абсцесс	2	2 (100%)	1	1 (100%)
Периостит	3	3 (100%)	2	2 (100%)
Ретробульбарный абсцесс	3	3 (100%)	1	1 (100%)
Отек ретробульбарной клетчатки	10	10 (100%)	7	7 (100%)
Деформация глазницы.	1	1 (100 %)	-	-

максимальная погрешность 0,3 %

Из таблицы видно, что орбитальные осложнения чаще всего появляются при обострении хронического фронтита (у 20%) и этмоидита (у 19,2%), несколько реже – при остром этмоидите (8,6%) и фронтите (8,8%). Обращает на себя внимание большая частота развития орбитальных осложнений при остром и обостренном гемисинусите и пансинусите.

Реактивный отек чаще наблюдается при остром этмоидите. Реактивный отек век свидетельствует о вовлечении в патологический процесс рыхлой клетчатки переднего отдела глазницы. Мы наблюдали 24 больных при остром или обостренном синусите в сочетании с реактивным отеком век, заболевание протекало с более высокой температурой, интоксикацией, нарушением общего состояния, нередко была рвота, нарушался сон и аппетит, отмечалось беспокойное поведение. Кожа век покрасневшая, напряженная, лоснящаяся, конъюнктивы гиперемированы, отечны, глазная щель сужена или закрыта, движения глазного яблока сохранены в полном объеме. В полости носа имеются типичные изменения, характерные для острого или обостренного синусита.

При переходе воспаления из пазухи на периост орбиты появляется периостит, в основе которого лежит отечно – инфильтративный процесс. При этом, как правило, у 5 наблюдаемых больных был резко выраженный коллатеральный отек век, гиперемия, отек и инфильтрация конъюнктивы (хемоз). Подвижность глазного яблока не нарушалась. Локальные проявления синусита соответствовали пораженной пазухе. Нами исследованные больные испытывали резкую боль в воспаленной пазухе, головную боль, недомогание, общую слабость, ознобы, повышение температуры тела до 38-39 °С.

В тех случаях, когда больной своевременно не получает лечения или оно неадекватно развивается субпериостальный абсцесс. Последний может быть следствием нагноения инфильтрата в периосте или попадания экссудата под периост в результате разрушения стенки пазухи некротическим воспалением. Бывает субпериостальный абсцесс верхний, медиальный и нижней стенок орбиты.

У 3 больных с данной патологией имелись жалобы на резкие головные боли в области пораженной пазухи, иррадиирующие в различных направлениях, на повышение температуры тела до 39-40 °С, ознобы, недомогание, резкую слабость, нарушение аппетита и сна. У этих пациентов мы определяли резко выраженный коллатеральный отек век, гиперемию, отек и инфильтрацию конъюнктивы (хемоз). Глазная щель была полностью закрыта. Движения глазного яблока ограничены в сторону сформировавшегося субпериостального абсцесса.

При передней риноскопии отмечалась гиперемия слизистой оболочки в соответствующей половине носа, отечность средней и нижней носовых раковин, слизисто-гнойное или гнойное отделяемое в носовых ходах. Нередко также определялась пастозность мягких тканей в области наружной стенки воспаленной пазухи.

Отек ретробульбарной клетчатки очень часто является осложнением острого или обостренного или обостренного хронического этмоидита. Это объясняется анатомическими особенностями строения пазухи решетчатой кости, наличием тесных связей с глазницей в лимфо- и кровообращении. Заболевание протекает с резко выраженной интоксикацией, фебрильной температурой тела, значительным отеком век, воспалительной инфильтрацией конъюнктивы, прямым экзофтальмом, почти полной неподвижностью глазного яблока. Острота зрения остается нормальной. У 17 больных были жалобы на резкие головные боли, боли в области пораженной пазухи, ознобы, общую слабость. Слизистая оболочка полости носа на стороне синусита гиперемирована, набухшая, в носовых ходах – скопление слизистого или слизисто – гнойного экссудата.

При этом заболевании обнаруживаются высокие показатели лейкоцитов, СОЭ, определяется увеличение количества палочкоядерных лейкоцитов, нейтрофилов, нарастание уровня глобулиновых фракций и снижение содержания альбумина.

Ретробульбарный абсцесс возникает вследствие нагноения инфильтратов в рыхлой клетчатке глазницы или инфицированных тромбов в венозных сосудах этой области. У 4 больных с ретробульбарным абсцессом наблюдалось септическое состояние, резкий экзофтальм, воспаление век и конъюнктивы (хемоз), полная неподвижность глазного яблока. Зрение чаще оставалось неизменным. Мы наблюдали 4 больных с данной патологией.

Самым грозным орбитальным осложнением воспалительных заболеваний околоносовых пазух является флегмона глазницы. Она встречается крайне редко. Это – различное, без четких границ, прогрессирующее воспаление клетчатки глазницы, сопровождающееся множественным ее абсцедированием. Заболевание развивается остро. В течение короткого времени у больного появляется тяжелое септическое состояние, гектическая температура тела, резкие головные боли, боли в глазнице. Веки и конъюнктивы резко отечны (хемоз), глазная щель закрыта, глазное яблоко выступает вперед (экзофтальм), подвижность его отсутствует. Очень скоро появляется отслойка сетчатки, неврит зрительного нерва с последующей его атрофией. В некоторых случаях развивается тромбоз кавернозного синуса. Мы наблюдали 5 случаев флегмон глазницы.

К хроническому осложнению относится деформация глазницы у больных с муко- и пиоцеле. Мы наблюдали лишь 1 случай, этой патологии. Это заболевание развивается вследствие блокады выводного отверстия пазухи. Чаще других поражаются лобная пазуха и решетчатый лабиринт. Патологический процесс в пазухе протекает медленно, малозаметно. Деформация стенок глазницы происходит в тех случаях, когда муко- и пиоцеле достигают больших размеров, смещают содержимое глазницы книзу и наружу, редко нарушая функцию глаза.

При хроническом этмоидите и сфеноидите иногда наблюдаются изменения остроты зрения, связанные с вовлечением в воспалительный процесс сетчатки глаза и зрительного нерва.

В диагностике синуситов орбитальных осложнений используется анамнез, объективные данные о проявлении заболевания, результаты рентгенографии, томографии, реовазографии, электроэнцефалографии, ультразвуковой эхолокации, пункции и трепанопункции околоносовых пазух, цитологических и цитохимических исследований экссудата. Единого подхода к лечению больных с орбитальными осложнениями нет. Некоторые специалисты больше придерживаются консервативных методов, другие отдают предпочтение радикальным хирургическим вмешательствам. Мы считаем, что, поскольку патологический процесс вышел за пределы пораженной пазухи, медлить с ее хирургической санацией нецелесообразно. Имеет значение при этом и характер орбитального осложнения.

Пациентам с риногенными орбитальными осложнениями была оказана комплексная квалифицированная медицинская помощь, включающая воздействие, как на первичный очаг инфекции, так и на ткани орбиты.

При негнойных формах орбитальных осложнений проводилась местная и общая терапия. Местное воздействие заключалось в анемизации слизистой оболочки среднего носового хода, редрессации средней носовой раковины. Общая терапия сводилась к парентеральному введению антибактериальных, противовоспалительных, гипосенсибилизирующих, дезинтоксикационных лекарственных средств. Отсутствие положительной динамики в течение 1 суток являлось показанием к хирургическому лечению.

При подозрении на наличие гнойного процесса в орбите, а также при симптомах поражения органа зрения проводилось срочное оперативное лечение: вскрытие причинных околоносовых экстраназальным доступом с одновременной элиминацией гнойного очага в орбите с помощью дополнительной орбитотомии с последующим дренированием и общей антибактериальной, противовоспалительной терапией.

При реактивном отеке и периостите орбиты у больных острым и обостренным хроническим этмоидитом можно ограничиться проведением интенсивной терапии с использованием достаточных доз антибиотиков и антисептиков, дезинтоксикационных средств (реополиглюкин, 5% глюкоза), десенсибилизирующих препаратов (антигистаминные вещества, глюконат кальция, аскорбиновая кислота, витамины группы В), адреналинизации области среднего носового хода у взрослых и димедрол.

Если реактивный отек век и периостит возникли при остром или обостренном хроническом гайморите или фронтите, то, наряду с вышеперечисленным лечением, осуществляется дренаж верхнечелюстной или лобной пазухи с ежедневным их промыванием растворами антибиотиков и антисептиков с добавлением гидрокортизона не менее 2 раз в сутки.

При реактивном отеке век и периостите у больных с гиперпластическим или казеозно-гнойным гайморитом показана радикальная операция на пазухе, а при подобном процессе в лобной пазухе – лобно-решетчатая трепанация.

У пациентов с абсцессом век, субпериостальным абсцессом орбиты, отеком ретробульбарной клетчатки, ретробульбарным абсцессом, флегмоной орбиты в первую очередь производится неотложное хирургическое вмешательство на той пазухе, которая явилась источником осложнения. Назначается интенсивная терапия, включающая антибиотики, антисептики, ингибиторы протеолитических ферментов (хемотрипсин и др.), дезинтоксикационные средства (реополиглюкин, 5% раствор глюкозы), гипосенсибилизирующие препараты.

Сложнее обстоит вопрос у больных острым или обостренным хроническим гемии- и пансинуситом, при котором развиваются орбитальные осложнения. В таких случаях необходимо решить вопрос об объеме радикального хирургического вмешательства на пазухах. При этом обычно определяется пазуха, воспалительный процесс в которой послужил источником развившегося осложнения. Она радикально санится. При остром гемии- и пансинусите остальные пазухи дренируются, и назначается соответствующая терапия. У лиц с обострением хронического гемии- и пансинусита дополнительно учитывается характер хронического воспалительного процесса в пазухах. При экссудативном воспалении в большинстве случаев для извлечения бывает достаточным использование дренажа, промывания пазух, оксигенации и интенсивной общей терапии. У пациентов с обострением гиперпластической, полипозной, казеозной форм синуситов также показано радикальное хирургическое вмешательство.

У больных с орбитальными осложнениями при остром и хроническом одонтогенном гайморите, наряду с гайморотомией, удаляется пораженный зуб.

Основным условием лечения пациентов с орбитальными осложнениями является своевременная санация патологического очага в пораженной пазухе, послужившей источником их развития.

При тяжелой интоксикации, развившемся сепсисе у пациентов с орбитальными осложнениями в последнее время с успехом стали использовать иммуностимулирующие препараты, гемо – энтеросорбцию, плазмаферез, ультрафиолетовое облучение крови.

Выводы:

1. За исследуемый период частота возникновения орбитальных осложнений воспалительных заболеваний околоносовых пазух не имеет тенденции к снижению.
2. К острым орбитальным осложнениям синуситов относятся реактивный отек век, абсцесс, флегмона глазницы, поражение сетчатки глаза и неврит зрительного нерва; к хроническим – деформация глазницы, поражение сетчатки глаза и зрительного нерва.
3. Наиболее эффективными методами лечения больных с орбитальными осложнениями является хирургическая санация пораженной околоносовой пазухи и общая медикаментозная терапия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Буркутбаева Т.Н. Снижение антибактериального прессинга в терапии заболеваний ЛОР органов // Фармация Казахстана 2007. - №1. - С. 15-20.
2. Добромыльский Ф.И., Щербатов И.И. Придаточные пазухи носа и их связь с заболеваниями глазницы. – Москва, 1955. – С. 64-68.
3. Козорез Е.С. // оториноларингология: учебное пособие для студентов высших медицинских заведений. – Москва, 2005. – С. 187-188.
4. Пальчун В.Т., М.М. Магомедов, Л.Л. Лучихин // оториноларингология: учебник для ВУЗов. – Москва 2008. – С. 189-198.
5. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология – Москва, 2002. - С. 230-233.
6. Солдатов И.Б., Гофман В.Р. // оториноларингология. – Санкт-Петербург, 2001. - С. 303-308.
7. Янюшкин С.П., Е. С. Янюшкина // Вестник оториноларингология. – Москва, 2006. - №3. – С. 38-40.

УДК 616-056.4:616.37-002:616.36:616.342

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Орлов С. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
Кафедра общей хирургии*

Научные руководители: д.м.н., проф. Горбунов Н. С., д.м.н., проф. Винник Ю. С., д.м.н., проф. Волков Ю. М.

Заболевания гепатопанкреатодуоденальной зоны - серьезная социальная, медицинская и экономическая проблема. При всем многообразии диагностических подходов и наличии уникальных медикаментозных препаратов, патология гепатопанкреатодуоденальной зоны широко распространена, и требует более глубокого изучения.

Так, к примеру, в настоящее время нет каких либо инструментальных или лабораторных методов исследования, позволяющих выявлять хронический панкреатит на ранних его стадиях. По данным различных эпидемиологических исследований, частота хронического панкреатита колеблется от 0,04 до 5%. Однако из-за трудностей диагностики истинная распространенность заболевания остаётся неизвестной.

Таким образом, учитывая актуальность проблемы и недостаток объективной информации о таком важном участке человеческого тела, целью проводимого нами исследования является выявить морфологическую предрасположенность возникновения заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны.

В связи с чем проведено анатомическое обследование 56 больных в возрасте 39-82 лет, которые находились на стационарном лечении в Железнодорожной больницы на станции Красноярск с патологией гепатопанкреатодуоденальной области. При проведении исследования были использованы антропометрические методики определения типа телосложения по В.Н. Шевкуненко, Д. Таннеру, С. Рис - Айзенку, В.М. Черноруцкому, а также методика определения формы живота по В.М. Жукову.

Проведенное обследование выявило, что по В.Н. Шевкуненко у больных выявлен в 75% брахиморфный тип телосложения, в 25% – мезоморфный, долихоморфный выявлен не был. Соотношение составляет: 3:1:0. При определении конституциональной принадлежности по В.М. Черноруцкому гиперстенический тип телосложения выявлен в 76,8% случаев, нормостенический – в 23,2%, астенический – не выявлен. Соотношение составляет: 3,3:1:0. При определении полового диморфизма по Д. Таннеру андроморфный тип выявлен в 46,4%, мезоморфный – в 48,2%, гинекоморфный – в 3,6%. Соотношение составляет: 12,9: 13,4:1. При определении типа конституции по S. Rees – Eysenck пикнический тип встречается у 87,5%, нормостенический – у 10,7%, астенический – у 1,8% обследуемых. Соотношение составляет: 48,6:5,9:1. При определении формы живота по В.М. Жукову расширяющаяся вверх выявлена в 83,9%, овоидная – в 10,7%, расширяющаяся вниз – 5,4%. Соотношение составляет 15,5:2:1.

Проведенное дальнейшее исследование позволило выявить не только конституциональную, но и половую предрасположенность патологии гепатопанкреатодуоденальной зоны. Так, у мужчин в 47,4% случаев встречается брахиморфный, в 52,6% случаев мезоморфный, долихоморфный не выявлен. Соотношение составляет 1:1,1:0. По классификации В.М. Черноруцкого: в 68,4% – гиперстенический, в 31,6% – нормостенический, не выявлен – астенический тип телосложения. Соотношение составляет 2,2:1:0. При определении у мужчин полового диморфизма по Д. Таннеру андроморфный тип выявлен в 94,7% случаев, мезоморфный – в 5,3%, гинекоморфный – не выявлен. Соотношение составляет: 17,8:1:0. При определении конституциональной принадлежности по S. Rees – Eysenck пикнический тип у 100% мужчин, нормостенический и астенический не выявлены. При определении формы живота по В.М. Жукову выявлено, что в 89,5% случаев мужчины имели расширяющуюся вверх, в 5,3% – овоидную, в 5,3% – расширяющуюся вниз форму. Соотношение составляет 16,9:1:1.

Проведенное обследование женщин выявило, что по классификации В.Н. Шевкуненко в 89,2% случаев встречается брахиморфный, в 10,8% – мезоморфный, долихоморфный не выявлен. Соотношение составляет: 8,3:1:0. По В.Н. Черноруцкому: у 81,1% женщин – гиперстенический, у 18,9% – нормостенический, не выявлен астенический тип телосложения. Соотношение составляет 4,3:1:0. При определении полового диморфизма по Д. Таннеру андроморфный тип выявлен у 24,3%, мезоморфный у – 70,3%, гинекоморфный – у 5,4% обследуемых. Соотношение составляет: 4,5:13:1. При определении конституциональной принадлежности по S. Rees – Eysenck пикнический тип выявлен у 81,1%, нормостенический – у 16,2%, астенический – 2,7%. Соотношение составляет 30:6:1. При определении формы живота по В.М. Жукову выявлено, что в 81,1% случаев они имели расширяющуюся вверх, в 13,5% – овоидную, в 5,4% – расширяющуюся вниз форму. Соотношение составляет 15:2,5:1.

Таким образом, проведенное обследование выявило конституциональную предрасположенность к заболеваниям гепатопанкреатодуоденальной зоны. У обследуемых больных чаще встречается брахиморфный тип телосложения по В.М. Шевкуненко, гиперстенический – по В.М. Черноруцкому, мезоморфный тип полового диморфизма по Д. Таннеру, пикнический тип конституции по S. Rees – Eysenck преимущественно у них встречается расширяющаяся вверх форма живота. Проведенное обследование выявило и половые отличия. У мужчин по классификации В.М. Шевкуненко чаще встречается мезоморфный, а у женщин – брахиморфный типы телосложения. По В.М. Черноруцкому у мужчин и женщин чаще является гиперстенический тип телосложения. При определении полового диморфизма по Д. Таннеру у мужчин чаще является андроморфный тип, у женщин мезоморфный По S. Rees – Eysenck и В.М. Жукову не выявлено половых различий в частоте встречаемости типов телосложения.

Следовательно, существует морфологическая предрасположенность возникновения заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны, что требует дальнейших исследований по выявлению патогенетических механизмов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. И.В. Маев, Ю.А. Кучерявый Билиарнозависимый панкреатит: от патологической физиологии к патогенетическому лечению // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии 3, 2008г
2. В.Н. Спесивцев, А.В. Калинин Факторы риска развития хронического панкреатита и рака поджелудочной железы// Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии 2, 2008г
3. Н.С. Горбунов, П.А. Самотёсов, Э.В. Каспаров, В.И. Чикун, В.В. Гребенникова // Абдоминология в вопросах и ответах// Красноярск: издательство КрасГМА 2006г
4. Николаев В.Г., Н.Н. Николаева, Л.В. Синдеева, Л.В. Николаева // Антропологическое обследование в клинической практике // Красноярск издательство ооо «Версо» 2007г

УДК 617.7-089.28

БИОНИЧЕСКИЙ ГЛАЗ

Орлова Н. М., Бухтуева А. А.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра латинского и иностранных языков

Научный руководитель: ст. преп. Петрова Е. О.

Трудно представить современное общество без такой медицинской техники, как слуховой аппарат, протезы в конечностях, также широко развивается зубопротезирование. И наверняка, многие задумывались об аппарате, который бы мог вернуть человеку зрение. В наш жизненный обиход уже давно вошли очки и линзы, однако они лишь улучшают зрение. А что делать тем людям, у которых отсутствует зрение вообще? Ведь только в России на сегодняшний день по официальным

данным насчитывается более 275 тысяч слепых и слабовидящих людей, а в мире таких людей миллионы. И у многих из этих людей происходит возрастная дегенерация сетчатки, при которой умирает значительное количество светочувствительных клеток, а также такое заболевание, как пигментоз. При указанных дефектах сами нервные клетки (в основном) остаются в порядке, можно направлять в них слабые электрические импульсы с некой схемы – решётки из электродов, размещённой прямо в сетчатке.

Медицина не стоит на месте, поэтому Дэниел Паланкер из Стэнфордского университета и его научная группа “Биомедицинской физики и офтальмологических технологий” разработали протез сетчатки глаза высокого разрешения (имплантат в сетчатку глаза) или “Бионический глаз”.

Бионический глаз – искусственная зрительная система для восстановления потерянного зрения. Состоит из глаза с поврежденной сетчаткой и вживленного имплантата – протеза сетчатки глаза высокого разрешения, в саму сетчатку с поврежденными нейронами.

В настоящее время опробывается дырчатая полимерная матрица – имплантат из специального материала с количеством фотодиодов пока еще в 2,5 тысяч на квадратный мм. Здоровый глаз содержит на сетчатке глаза порядка 6-7 млн. колбочек и 110-125 млн. палочек – светочувствительных элементов (фоторецепторов) (в переводе на матрицу = 100 мегапикселям). Но в мозг человека идет около 1 млн. нервных окончаний, по которым идут импульсы обработанных аналоговых сигналов оптического изображения на сетчатке. При этом попадающие 10 этих сигналов перерабатываются в самой сетчатке глаза (в фотосенсорах цифровых фотоаппаратов, полученные аналоговые сигналы обрабатываются при помощи специального аналогового преобразователя). Таким образом, получив такой имплантат, можно вернуть глазу 100% зрение. (Острота зрения 1:1 или относительная единица в медицине 20:20). В случае $20:400 = 0,05$, то это – «юридическая» слепота. В переводе как установили ученые это означает, что при зрении = 0,05 расстояние клеток от электродов равно не более 30 мкм. Для остроты в 0,25 это расстояние не должно превышать 7 мкм. Откуда получаемая плотность фотодиодов составляет 2,5 тысяч пикселей на 1 квадратный мм. При такой плотности имеет место сжатие и слияние нервных клеток, что дает отрицательный эффект работы имплантированных матриц. Задача решается, если использовать работу матриц по всей глубине сетчатки глаза, или обеспечить работу электродов на минимальном расстоянии от нервных клеток. Применение конструкции полимерных матриц с отверстиями 15-40 мкм при имплантации в сетчатку показало, что за короткое время нервные клетки сами проникают в отверстия с двух сторон и объединяются, а также заполняют пространство между выступами электродов, близко подходя к электродам. Это позволило внедрить данный фотодатчик.

Также до этого предлагалось транслировать на электроды сигнал прямо с камеры на лбу. А в этом есть сильный подвох. Дело в мельчайших произвольных движениях глаз, сканирующих пространство даже тогда, когда нам кажется, что мы неподвижно смотрим в одну точку. Если напрямую связывать камеру на лбу с имплантатом в сетчатке, это свойство зрения пропадает, что очень негативно сказывается на восприятии. А ещё – при такой схеме – зрение полностью зависит от числа электродов в имплантате. А что можно увидеть, скажем, в ста пикселях?

Паланкер предложил иную схему. Камера на лбу тут также имеется, но она направляет сигнал в носимый микрокомпьютер (размером с бумажник), который переводит видимое изображение в набор коротких импульсов инфракрасного светодиодно-жидкокристаллического дисплея, с числом точек в несколько тысяч. Этот поток импульсов отражается от наклонного стекла, расположенного перед глазами, проходит через хрусталик и попадает на фоточувствительные диоды имплантата в сетчатке глаза. Те усиливают сигнал, используя энергию от крошечной солнечной батареи, имплантированной в радужку. Эти инфракрасные лучи человек не видит. А вот результат воздействия электрических импульсов на клетки сетчатки – воспринимает как изображение. И тут главный фокус: благодаря стеклу у человека сохраняется естественное восприятие сцены перед ним (теми живыми фоторецепторами, что ещё работают в глазу), особенно – периферийным зрением, наряду с наложенным “дополнением” от камеры. И мелкие быстрые движения глаз сохраняют свою важность – ведь человек сам смотрит как на пейзаж (напрямую), так и на то электронное изображение (пусть инфракрасное).

Положение этого изображения на сетчатке (и внедрённой решётке электродов, соответственно) меняется вместе с движением глазного яблока. Таким образом, электронный прибор максимально использует оставшиеся естественные способности глаза по обработке зрительной информации.

Пока все эти новинки тестируют на крысах и свиньях. Для людей же пока создан более простой бионический глаз, получивший название Argus II. На данный момент его вживили 8 пациентам по всему миру. Однако в России, к сожалению, пока нет разработок на тему бионического глаза.

В 2004 году 64-летней Линде Морфут из Лонг-Бич с диагнозом пигментный ретинит в возрасте 21 года, она практически полностью ослепла к 50 годам (Левый глаз ее немного воспринимает свет), установили фотодатчик с матрицей на металлической основе с 16-тью электродами.

По ее словам: “Когда мне дали очки, у меня было удивительное чувство, – вспоминает она. – Я могу играть в баскетбол с внуком, могу стоять посреди тротуара. Я могу найти дверь, чтобы выйти из комнаты, и видеть, как моя внучка танцует на сцене. Когда мы приехали в Нью-Йорк, я увидела статую Свободы, какая она большая. В Париже мы ночью поднялись на Эйфелеву башню, и я видела все огни города. Я почувствовала себя в большей степени причастной к окружающему миру”.

И как утверждает профессор офтальмологии Марк Хамейун из Института Глаза в Университете Южной Калифорнии (США) к 2009 году глазной протез появится на потребительском рынке по цене около пятнадцати тысяч фунтов стерлингов.

Бионический глаз – это перспективная разработка, и я думаю, в ближайшем будущем она получит широкое применение, и с помощью этого изобретения можно будет помочь миллионам людей по всему миру. Ведь нет ничего прекрасней, чем снова увидеть наш яркий мир во всех его красках.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Palanker D., Blumenkranz M.S., Weiter J.J. Retinal Laser Therapy: Biophysical Basis and Applications // Springer Series: Biological and Medical Physics, Biomedical Engineering. - New York, 2007. – С. 57 -60
2. Palanker D., Vankov A., Jayaraman P. On Mechanisms of Interaction in Electrosurgery // New Journal of Physics. – New York, 2008. – С. 15 -26
3. Paulus Y.M., Jain A., Gariano R.F. Healing of Retinal Photocoagulation Lesions // Investigative Ophthalmology and Visual Science. – New York, 2008. – № 49. – С. 125 -130
4. <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=28609>

ВЛИЯНИЕ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ НА ТЕЛОСЛОЖЕНИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ

Орлова И. И., Григоренко Н. Е., Иванова Н. А.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Красноярский государственный педагогический университет им. В. П. Астафьева

Сибирский институт бизнеса, управления и психологии

Кафедра анатомии человека, современных технологий обучения

Научные руководители: д.м.н., проф. Николаев В. Г., к.м.н., доц. Синдеева Л. В.,

к.п.н., доц. Ольгин И. И., к.п.н., доц. Титова О. И.

Одной из актуальных проблем в российском здравоохранении является забота о подрастающем поколении. Важнейшей характеристикой состояния здоровья ребенка служит его физическое развитие, понимаемое как совокупность морфологических и функциональных признаков, в конечном итоге определяющая запас его физических сил.

По данным Государственного доклада «О состоянии здоровья детей в Российской Федерации», в дошкольных образовательных учреждениях 15-20% детей имеют отклонения в состоянии здоровья. В начальных классах этот процент увеличивается до 40-50, а к окончанию общеобразовательной средней школы достигает 80-90%. Общеизвестно, что здоровье закладывается в дошкольный период. В то же время многие детские сады на сегодняшний день не имеют необходимых средств, методов и форм, которые бы позволили подготовить фундамент здоровья детей - сформировать у них иммунитет и адаптационные механизмы к физическим и психологическим нагрузкам, к обучению в школе.

Оценка физического развития детей уже давно используется в качестве индикатора здоровья населения, в том числе и в системе социально-гигиенического мониторинга. Практически все рекомендации по показателям здоровья содержат антропометрические параметры. Оценка физического развития детей является надежным и ранним показателем неблагополучия в здоровье ребенка.

В настоящее время широко распространяются различные авторские педагогические методики тестирования физической подготовленности детей. Оценка исходного уровня развития двигательных качеств и навыков каждого ребенка, мониторинг физической подготовленности в течение учебно-воспитательного года позволили бы целенаправленно использовать средства физического воспитания для улучшения физического развития ребенка и расширения функциональных возможностей его организма.

Изучая специальную литературу и систематически проводя обследование детей, педагоги пришли к выводу, что современный детский сад без применения новых авторских методик, не может сформировать должное физическое развитие и психофизическую подготовленность к той или иной деятельности, а также устранить ряд причин, которые приводят к заболеванию. В раннем детстве закладываются основы развития мышления ребенка, он постепенно переходит от внешних ориентировочных действий к мыслительным действиям, используя образы, произвольные формы запоминания и воспроизведения, развиваются все психологические сферы ребенка.

Целью исследования явилось выявление характера изменений соматического и психологического статуса детей под влиянием адаптивной физической культуры.

Задачи исследования:

1. Провести антропометрическое обследование детей основной группы и группы сравнения.
2. Провести анализ наглядно-действенного мышления, внимания, памяти, речи, воображения, эмоциональной, волевой и моторной сфер.

С целью изучения влияния адаптивной физической культуры на физический статус проведено антропометрическое обследование 74 детей. Из них 41 посещали детский сад, активно использующий принципы адаптивной физической культуры в процессе физического воспитания, составившие основную группу, а 33 ребенка являлись воспитанниками детского образовательного учреждения (ДОУ), в котором занятия физической культурой осуществляются традиционно. Эти дети составили группу сравнения. Необходимо отметить, что все обследованные подвержены влиянию одинаковых экологических условий и проживают в Свердловском районе г. Красноярска. Обследование проводили в условиях ДОУ. Антропометрическое исследование проводилось по методике В. В. Бунака (1941). Определение компонентного состава тела осуществлялось по формулам J. Mateigka (1921). Определение соматотипа проводилось по индексу Rees-Eysenck (1945).

Для определения психологической готовности к школьному обучению были использованы следующие блоки методик: диагностика наглядно - действенного мышления, внимания, памяти, эмоционально – волевой, моторной, личностной сфер, воображения и речи.

Исследование показало, что длина тела мальчиков основной группы составляет $114 \pm 1,2$ см, что достоверно ($p < 0,05$) меньше аналогичного показателя группы сравнения ($121,9 \pm 3,3$ см). При этом масса тела мальчиков в обеих группах в среднем была практически одинаковой ($22,1 \pm 0,9$ кг и $23,6 \pm 0,8$ кг соответственно). У девочек отмечается аналогичная тенденция по длине и массе тела, однако выраженных различий по данному показателю выявлено не было ($109,1 \pm 1,6$ см и $111,7 \pm 2,0$ см; $19,2 \pm 0,8$ кг и $21,7 \pm 1,5$ кг).

Самым распространенным соматотипом в обеих группах среди мальчиков был нормостенический (73,1% в основной группе и 80% в группе сравнения), астенический и пикнический соматотипы регистрировались нечасто (в основной группе 11,5% и 15,4%, а в группе сравнения 13,3% и 6,7% соответственно). Среди девочек нормостенический соматотип также выявлялся чаще других. Так в основной группе девочек-нормостеников выявлено 66,7%, в группе сравнения 91,7%. Пикнический соматотип в основной группе 6,7%, в группе сравнения не встречался. Астенический соматотип составил соответственно 26,7% и 8,3%.

Анализ данных психологического тестирования выявил ряд важных различий (табл. 1).

Характеристика показателей психологического статуса детей

Показатели	Высокий уровень, % детей		Средний уровень, % детей		Низкий уровень, % детей	
	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения
Наглядно-действенное мышление	48,8	15,6	39	50	12,2	34,4
Внимание	70,7	28,1	19,5	25	9,8	46,9
Память	75,6	31,3	22	53,1	2,4	15,6
Волевая сфера	26,3	5,9	42,1	35,3	31,6	58,8
Речь	73,2	22,6	24,4	64,5	2,4	12,9
Эмоции	75,6	68,8	19,5	28,1	4,9	3,1
Моторика	61	12,1	24,4	36,4	14,6	51,5
Воображение	70,7	25	22	59,4	7,3	15,6

По показателю наглядно-действенного мышления дети ДООУ 179 значительно превосходят детей ДООУ 16. Так высокий уровень данного показателя был выявлен у 48,8% детей, занимающихся методикой, включающей адаптивную физическую культуру, что в 3 раза больше чем в группе сравнения. Также в основной группе в 2,5 раза чаще регистрировался высокий уровень устойчивости, продуктивности и переключаемости внимания. Почти в 3 раза чаще отмечалось высоко развитое воображение. Память была лучше развита у детей основной группы. Если среди этих детей высокий уровень памяти отмечался в 75,6% случаев, то в группе сравнения только у 31,3%. Очень редко у детей основной группы регистрировался низкий уровень развития речи. Развитие эмоциональной сферы у детей обоих ДООУ находится на высоком уровне.

Самые выраженные межгрупповые различия были выявлены по показателям волевой сферы и моторики. Так число детей с высокой волевой сферой в ДООУ 179 было в 4,5 раза больше, чем в ДООУ 16. Хорошо развитая моторика регистрировалась более чем в 5 раз чаще у детей основной группы.

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы:

1. Методика воспитания, включающая адаптивную физическую культуру оказывает благотворное влияние на психологический статус растущего организма. Познавательные процессы у детей основной группы развиты достаточно хорошо, у детей группы сравнения познавательные процессы развиты удовлетворительно. Коррекционно-развивающая работа необходима в таких сферах, как внимание, моторная и волевая сфера.
2. Изучение влияния выше упомянутой методики на соматический статус требует дальнейшего более длительного изучения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бунак, В.В. Антропометрия / В.В. Бунак. – М.: Наркомпрос РСФСР, 1941. – 368 с.
2. Современные подходы к воспитанию, обучению и развитию детей в дошкольном образовательном учреждении/ И.И. Ольгин, В.Н. Сидоров, В.А. Гуров, В.Л. Тюканов; Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева.- Красноярск, 2007.- С. 12-35.
3. Двигательная активность детей. Концептуальные и методологические основы/ И.И. Ольгин, В.Н. Шурдукалов, В.Л. Тюканов, А.И. Смирнов, С.Г. Хачекин; Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева.- Красноярск, 2008.- С. 39-156.
4. Менчинская Н.А. Проблемы обучения, воспитания и психического развития ребенка: избранные психологические труды под ред. Е.Д. Божович. – М.: Изд. Московского психолого-социального института; Воронеж: Изд. НПО «МОДЭК», 2005. – 544 с.
5. Mateigka, J. The testing of physical efficiency / J. Mateigka // Amer. J. Phys. Anthropol. – 1921. – V.4. – P. 223-230.

УДК 577.359

РАЗРАБОТКА БИОЛЮМИНЕСЦЕНТНОГО МЕТОДА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Орлова А. В.

*Сибирский федеральный университет
Кафедра физико-химической биологии*

**Научные руководители: д.м.н., проф. Дыхно Ю. А.; к.б.н., н.с.
Института биофизики СО РАН Есимбекова Е. Н.**

Биоломинесцентные методы активно применяются в медицине для иммуноферментного анализа, определения активности ферментов, концентраций различных метаболитов и других целей [1]. Ранее были разработаны биоломинесцентные методы для оценки тяжести эндотоксикоза у хирургических и терапевтических пациентов, прогнозирования течения их болезни и оценки эффективности применяемых методов лечения [2, 3]. Биоломинесцентные методы анализа имеют следующие характеристики: высокая чувствительность, экспрессность, низкая травматичность и простота выполнения [4].

Цель исследования - показать возможность разработки биоломинесцентного экспрессного метода анализа состояния здоровья онкологических больных.

В ходе выполнения работы проведен сравнительный анализ влияния плазмы крови больных и доноров на интенсивность свечения биферментной системы НАДН:ФМН-оксидоредуктаза-люцифераза; выбран измеряемый параметр биоломинесценции биферментной системы НАДН:ФМН-оксидоредуктаза-люцифераза, при котором различия в действии плазмы пациентов и доноров максимальны; изучены условия пробоподготовки образцов плазмы крови для проведения биоломинесцентного анализа.

В работе использовали следующие реактивы: НАДН, ФМН («Serva», Германия), тетрадеканаль («Merck», Германия), комплект реактивов аналитической биоломинесценции (КРАБ), содержащий люциферазу из рекомбинантного штамма *Escherichia coli* и НАДН:ФМН-оксидоредуктазу из *Photobacterium fischeri*, произведенный лабораторией бактериальной

биолюминесценции Института биофизики СО РАН. Один флакон КРАБ содержал 0,5 мг люциферазы и 0,18 единиц активности НАДН:ФМН-оксидоредуктазы. Для приготовления растворов использовали 0,05 М калий - фосфатный буфер (рН 6,9).

В работе исследовали влияние на биферментную систему плазмы доноров и онкологических пациентов. О действии плазмы на биферментную систему судили по изменению интенсивности свечения в присутствии 5-10 мкл исследуемой плазмы по сравнению с контрольным свечением.

Активность биферментной системы НАДН:ФМН-оксидоредуктаза-люцифераза определяли по величине максимальной интенсивности свечения в реакционной смеси следующего состава: 4 мкл раствора КРАБ, 50 мкл 0,0025% раствора тетрадеканала, 20 мкл $5 \cdot 10^{-4}$ М раствора ФМН, 300 мкл 0,05 М калий фосфатного буфера рН 6,9, 200 мкл $4 \cdot 10^{-4}$ М раствора НАДН. В кювету биолюминометра Lumat LB 9507 (Berthold technologies, Германия) вносили последовательно все компоненты реакционной смеси, помещали кювету в биолюминометр и регистрировали величину максимальной интенсивности контрольного свечения I_k , затем добавляли в кювету 5-10 мкл исследуемого образца плазмы и вновь регистрировали максимальную интенсивность свечения I_o . Кроме того, на портативном люминиметре Junior LB 9509 (Berthold technologies, Германия) проводили измерение суммарного выхода свечения биферментной системы за 10-20 секунд в отсутствии (Q_k) и в присутствии анализируемых образцов плазмы (Q_o). О степени действия плазмы на биферментную систему судили по изменению параметров свечения в присутствии плазмы по сравнению с контрольным, рассчитывали соотношения I_o/I_k и Q_o/Q_k .

Исследуемые образцы крови доноров были предоставлены кафедрой биохимии Красноярской государственной медицинской академии и урологическим отделением Дорожной клинической больницы города Красноярска, образцы крови онкологических больных предоставлены хирургическим отделением Краевого онкологического диспансера.

Показано, что существует зависимость остаточного свечения и суммарного выхода свечения биферментной системы от количества добавляемой плазмы (рис.1). В присутствии 5 мкл плазмы доноров максимальная интенсивность свечения биферментной системы не изменялась, причем показания доноров практически не различались между собой (рис. 1а). При добавлении 10 мкл плазмы наблюдалось ингибирование свечения биферментной системы различной степени (от 12 до 53 %).

При использовании в качестве анализируемого параметра суммарного выхода свечения за 10 секунд наблюдалась активация свечения биферментной системы плазмой доноров, степень активации зависела от количества плазмы в реакционной смеси и значительно различалась для исследованной группы доноров (рис. 1 б).

Таким образом, для разработки метода анализа крови биолюминесцентным способом количество добавляемого образца плазмы не должно превышать 5 мкл, в качестве измеряемого параметра биолюминесценции необходимо использовать максимальную интенсивность свечения, т.к. при этом различия в действии на биферментную систему плазмы доноров минимальны.

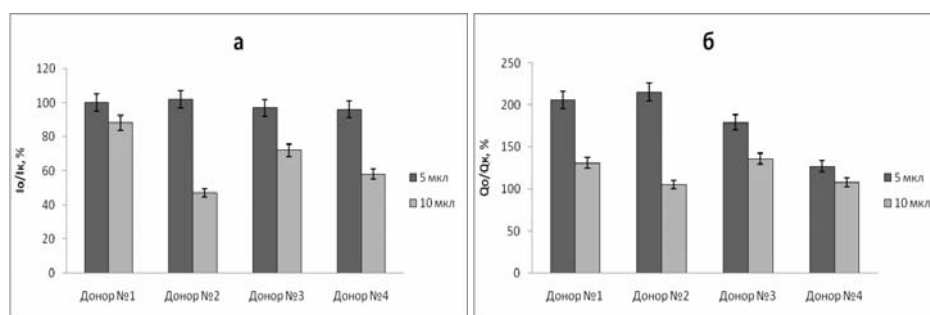


Рис. 1. – Влияние плазмы доноров на остаточное свечение биолюминесцентной реакции (а) и на суммарный выход свечения биолюминесцентной реакции (б)

В работе были изучены условия пробоподготовки плазмы крови для проведения биолюминесцентного анализа. Показано, что для проведения биолюминесцентных методов анализа нельзя использовать замороженные образцы плазмы, т.к. это приводит к искажению результатов анализа.

В работе было исследовано влияние плазмы онкологических больных разного возраста на интенсивность свечения биферментной системы светящихся бактерий НАДН:ФМН-оксидоредуктаза-люцифераза (табл.1). Исследования влияния плазмы пациентов на биолюминесценцию проводились непосредственно в день забора крови.

Таблица 1

Влияние образцов плазмы крови пациентов с онкологическими заболеваниями на величину остаточного свечения биолюминесцентной реакции и суммарный выход свечения при добавлении 5 и 10 мкл образца

№ пациента	Диагноз и возраст	$I_o/I_k, \%$		$Q_o/Q_k, \%$	
		5 мкл	10 мкл	5 мкл	10 мкл
1	Лимфогранулематоз, 51 год	151	93	108	63
2	Рак левого лёгкого, 72 года	141	88	116	84
3	Рак правого лёгкого, 69 лет	117	59	101	62
4	Опухоль лёгкого, 77 лет	123	84	135	88
5	Опухоль правого лёгкого, 56 лет	117	81	50	25
6	Рак молочной железы, 22 года	122	73	61	29

Из табл. 1 видно, что параметры биолюминесценции существенно изменялись в зависимости от количества добавляемой плазмы пациентов с онкологическим заболеванием. Добавление в реакционную смесь 5 мкл плазмы больных с онкологическими заболеваниями приводило к активации биолюминесценции: максимальный уровень свечения достигал 117-151 % в зависимости от тяжести заболевания. При добавлении 10 мкл плазмы наблюдалось ингибирование интенсивности свечения биферментной системы, сходное с величиной ингибирования плазмой крови доноров (см. рис. 1). При измерении суммарного выхода свечения биферментной системы закономерности изменений Qo от количества добавляемого в реакционную смесь образца крови обнаружить не удалось. Чтобы использовать в качестве измеряемого параметра биолюминесценции суммарный выход свечения необходимо проведение дополнительных исследований.

Таким образом, для разработки биолюминесцентного экспрессного метода анализа состояния здоровья онкологических больных наиболее чувствительным параметром биолюминесценции является максимальная интенсивность свечения, т.к. в этом случае различия в действии на биферментную систему плазмы крови доноров минимальны, а в действии плазмы крови доноров и пациентов - максимальны. Плазма крови доноров в количестве 5 мкл не влияет на максимальную интенсивность свечения биферментной системы (остаточное свечение составляет от 96 до 106 %). В то же время добавление в реакционную смесь 5 мкл плазмы крови больных с онкологическими заболеваниями активирует биолюминесцентную реакцию в 1,2-1,5 раза.

Показана принципиальная возможность разработки экспрессного биолюминесцентного метода анализа состояния здоровья онкологических больных на основе биферментной системы светящихся бактерий НАДН:ФМН-оксидоредуктаза-люцифераза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Воеводина Т.В., Нифантьев О.Е., Ковалевский А.Н., Шульц В.Р., Кратасюк В.А. Биолюминесцентный метод определения степени интоксикации при перитоните. //Лабораторное дело, 1990. № 9. С.25-27.
2. Нифантьев О.Е., Ковалевский А.Н., Рыков С.А., Воеводина Т.В., Шульц В.Р., Бойко О.К., Околелова Е.В., Тедеева В.П. Сравнительный анализ эффективности применения люциферазного индекса и других лабораторных показателей в оценке степени тяжести состояния больных при перитоните. Препринт. Институт биофизики СО АН СССР, Красноярск, 1990. 16 с.
3. Кратасюк В.А., Совцов С.А. Способ определения эндотоксикоза при хирургических операциях. Авторское свидетельство, СССР, № 1714512, 1992.
4. Esimbekova E.N., Kratasyuk V.A., Abakumova V.V. Bioluminescence method to determine non-specific endotoxemia in therapy. //Luminescence, 1999. N 14. C.197-198.

УДК 612.825.2:613.863:371.71

ВЛИЯНИЕ ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО СТРЕССА НА ПРОЯВЛЕНИЯ ТЕМПЕРАМЕНТАЛЬНЫХ СВОЙСТВ

Осетрова К. О., Пилюсян Л. А., Шабала Д. Ю., Яметов П. К.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра физиологии*

Научный руководитель: д.м.н., проф. Савченков Ю. И.

Одним из проявлений эмоционального стресса является т.н. экзаменационная ситуация. Цель исследования заключалась в выявлении особенностей изменчивости темпераментальных свойств студентов второго курса под влиянием экзаменационного стресса в период сессии. Для достижения этой цели мы попытались установить особенности темпераментальных свойств студентов: 1) за месяц до зимней сессии; 2) в начале сессии; 3) в день экзамена; 4) после окончания сессии.

Материалы и методы: В этом исследовании участвовало 17 респондентов, студенты 2 курса медицинского университета. Среди респондентов было 7 юношей и 10 девушек в возрасте 17-19 лет. Для определения формально-динамических свойств психики мы применяли метод оценки индивидуальности (ОФДСИ) по В.М. Русалову. Этот метод позволяет достаточно полно и точно оценивать как отдельные свойства темперамента, так и устойчивые структуры (индексы, типы), отражающие различную степень их интеграции в моторной, интеллектуальной и коммуникативной сферах поведения человека. По В.М. Русалову с помощью специальной анкеты-вопросника определяются балльные значения 12 свойств темперамента, а именно эргичность, пластичность, скорость и эмоциональность в трех сферах поведения: психомоторной, интеллектуальной и коммуникативной.

Полученные результаты и обсуждение: Анализ особенностей показателей структуры и свойств темперамента студентов второго курса за месяц до сессии, в день экзамена и после успешной его сдачи показал следующее.

Эргичность. Уже в самом начале сессии значения показателя, отражающего уровень готовности к предметной (моторной) деятельности резко снижается (на 15%). В день экзамена этот показатель увеличивается, особенно в интеллектуальной сфере деятельности. Восстановление исходного уровня происходит в течение 2-3 недель после окончания сессии.

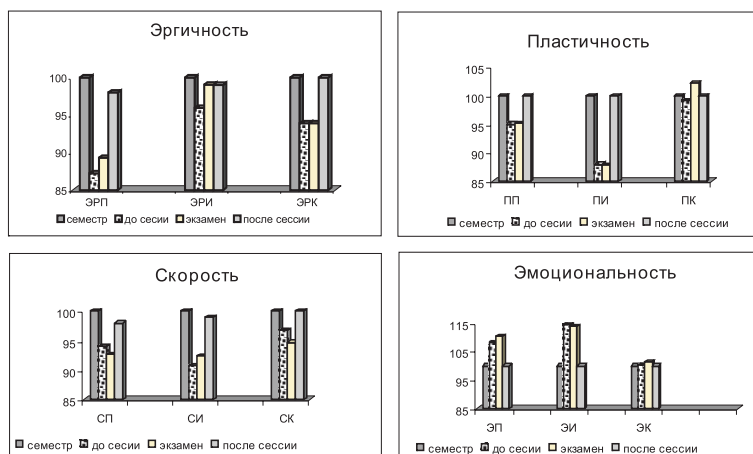


Рис. 1. – Изменения показателей свойств темперамента в период сессии

Пластичность. Способность быстрой перестройки формы деятельности на другой объект во время сессии тоже резко падает, особенно в интеллектуальной сфере деятельности. Вместе с тем, интересно отметить некоторое увеличение пластичности в коммуникативной сфере (готовность к общению с другими людьми, надо думать – с экзаменатором) в день экзамена. Восстановление параметра происходит в те же сроки, что и эргичность.

Скорость. Студенты в течение семестра характеризуются более высокими показателями скорости в психомоторной, интеллектуальной и коммуникативной сферах поведения, нежели во время сессии и особенно за час до экзамена.

Эмоциональность. В отличие от описанных выше свойств, эмоциональность, особенно в предметной и интеллектуальной сферах деятельности, во время сессии у всех респондентов существенно возрастает. Лишь в области межличностного общения выраженных изменений эмоциональности не отмечается.

Описанные особенности выявляемых вопросником ОФДСИ свойств темперамента приводят к соответствующим изменениям интегральных показателей формально-динамических свойств психики – индексов общей (ИОА), предметной (ИПА), интеллектуальной (ИИА) и коммуникативной (ИКА) активности и общей эмоциональности (ИОЭ). Как видно из рисунка 2, накануне экзамена отмечается резкое снижение всех индексов, кроме индекса общей эмоциональности, который существенно возрастает.

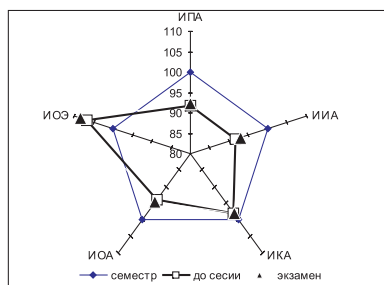


Рис. 2. – Изменения индексов ОСТ во время сессии

После успешной сдачи экзамена исследуемые параметры довольно быстро приближаются к нормальным значениям.

Наглядным доказательством выраженности изменений свойств темперамента во время сессии являются представленные ниже интегральные темп-портреты студентов до, во время и после сессии, выполненные в технике лиц Чернова (рис. 3). В этой методике значения показателей тех или иных свойств темперамента присваиваются различным чертам виртуального лица. Разница хорошо видна.



Рис. 3. – Интегральные темп-портреты до, во время и после сессии. Техника лиц Чернова. Версия Statistica 6.0.

Обозначения: face/w = ЭРП, ear/lev = ЭРИ, halfface/h = ЭРК, upface/ecc = ПП, loface/ecc = ПИ, nose/l = ПК, mouth/cent = СП, mouth/curv = СИ, mouth/l = СК, eyes/h = ЭП, eyes/sep = ЭИ, eyes/slant = ЭК

Каковы причины наблюдаемых изменений? Н.Я. Волкиндром (1,2) было показано, что экзамен сопровождается увеличением времени реакции, развитием явлений торможения в ЦНС. Это доказывает, что при напряженной умственной деятельности, связанной с экзаменами, в ЦНС формируется мощная по силе и инерционности сложная кортикальная доминанта. Она охватывает собой большое число нервных элементов, перво- и второ-сигнальные компоненты и подкорковые образования. Наиболее глубоким и длительным являлось сопряженное торможение второсигнальных условных рефлексов. Чем сильнее выражена доминанта, тем сильнее выражены индуцированные ею сопряженные тормозные реакции в других нервных центрах. Наиболее высокой оказалась возбудимость доминантного очага за час до экзамена. После экзаменационной сессии проявляется снижение возбудимости.

Наши данные показывают, что развитие экзаменационной доминанты и появление эмоционального стресса сказываются и на показателях формально-динамических свойств психики, т.е. свойств темперамента.

Зависят ли изменения темпераментальных свойств от успеваемости студента и полученной на экзамене оценки? Анализ полученного нами материала показывает, что у студентов, которые более ответственно относятся к результатам сессии, и обычно получают отличные оценки, уровень экзаменационной доминанты оказывается более выраженным, и в результате снижение степени проявления свойств темперамента (эргичность, пластичность и темп) у таких субъектов больше, а эмоциональность выше.

Существенно, что наблюдающиеся отклонения быстро исчезают, особенно после успешной сдачи экзамена.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Волкинд Н.Я., Юшков О.П. Динамика возбудимости кортикальной доминанты у студентов в экзаменационный период. Проблемы ВИД человека и животных. КГПИ, Красноярск, 1965.- С.150-155
2. Волкинд Н. Я Психофизиологическая характеристика разных видов доминанты при умственном и физическом нервно-эмоциональном напряжении Вопросы высшей нервной деятельности человека, КГПИ, Красноярск, 1973, с. 13-29

НАУЧНЫЙ ЭКСПЕРИМЕНТ И ГРАНИЦЫ ЕГО ПРИМЕНЕНИЯ В МЕДИЦИНЕ (социально-философский аспект)

Очирова М. О., Намсараева Д. Д.

*Читинская государственная медицинская академия
Кафедра гуманитарных наук с курсом педагогики и психологии*

Научный руководитель: ст. преп. Бальчинова Д. Г.

Нет ни одной науки, которая приходила бы в такое непосредственно-близкое и многообразное соприкосновение с человеком, как медицина. Он является главнейшим учебным материалом для студентов и начинающего врача, он служит непосредственным предметом изучения и опытов врача-исследователя.

Сегодня очень часто говорят не о медицинских, а о биомедицинских исследованиях. Эта тематика ныне актуализируется и вызывает все более пристальный и острый интерес, и далеко не только среди ученых-медиков, но и среди достаточно широких кругов общественности. Тем самым акцентируется то обстоятельство, что порой бывает непросто провести границу между медициной и биологией, что сама медицина в большей мере, чем когда бы то ни было прежде, рассматривается в качестве науки, и только во вторую очередь – как искусство врачевания, где не последнюю роль играет экспериментальный метод.

Именно в сфере медицинских экспериментов, проводимых с участием человека в качестве испытуемого, в соответствии со статьей 11 Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации *медицинские исследования должны основываться на...>результатах соответствующих лабораторных исследований и там, где необходимо, экспериментов на животных.*

Ежегодно миллионы жизней «братьев наших меньших» уносят болезненные эксперименты. Подопытных животных обжигают, ошпаривают, отравляют и замаривают голодом, подвергают электрическим разрядам и приучают к наркотикам, вызывают язвы желудка, артрит, рак, сифилис, диабет, СПИД. У них хирургически удаляют глаза, вызывают переломы костей и повреждения мозга. В военных исследованиях животных отравляют газом, цианидами, расстреливают пистолетными пулями и снарядами. Также они используются и во время учебного процесса. Хотя большинство выпускников биофаков и медицинских вузов никогда не будут работать с животными, их принуждают вскрывать животных и проводить над ними болезненные опыты.

По данным ЕС, основная часть подопытных животных гибнет в медицинских исследованиях (65%), фундаментальные научные исследования (в т.ч. военные, косметические и др.) занимают 26%, тесты на токсичность (косметика, новые промышленные соединения и др.) – 8%, сфера образования – 1%. Скандал с крупнейшим немецким концерном Bayer – производителем лекарственных препаратов – в очередной раз доказал, что разница протекающих в организме человека и животных процессов делает тестирование лекарств на животных бессмысленным. Тогда погибло 52 человека.

«75% подопытных животных уже сегодня могли бы с успехом быть заменены культурами клеток», – считает Г.П. Червонская, вирусолог, член комитета по биоэтике при РАН. Эти методы более дешевые, эффективные, быстрые и позволяют выявлять токсичность испытываемых препаратов на более глубоком уровне – клеточном, а иногда и субклеточном.

На сегодняшний день в мире создан ряд центров по разработке альтернатив экспериментам на животных, в качестве которых могут использоваться одноклеточные организмы, компьютерные модели и т.д. Еще более перспективной представляется натуропатическая медицина, которая предлагает свой подход к оздоровлению человека, направленный на предотвращение заболеваний и нормализацию обменных процессов. Совет Европы запретил тестирование на животных косметики в странах Европы. В России очень медленно, но начинают внедряться альтернативы: культуры клеток, сперматозоиды быка и тест на мембране куриного яйца. Сейчас растет и развивается всемирное движение за гуманное образование в биологических, медицинских и ветеринарных вузах. Студенты и преподаватели используют компьютерные программы, математические модели, видеофильмы, наблюдают за живыми животными, лечат больных, оперируют трупы животных, умерших естественной смертью. Опыт альтернативного образования, практикуемый в Швеции, Англии и Италии, доказывает, что студенты отлично оканчивают учебное заведение, не принося страданий животным.

Широко известным является тот факт, что фармацевтические компании часто ставят свои эксперименты в других странах, пользуясь тем, что законодательство этих стран не запрещает постановку тех экспериментов, которые запрещены их собственным законодательством. Например, экспериментальная апробация вакцин «Антибэби» на людях проводилась в Индии, так как проводить ее в США не представлялось возможным. Необходимость проведения опытов на людях очевидна. И в нравственном отношении она является приемлемой при условии, что человек, подлежащий такому эксперименту в лечебных целях, дал на его проведение свое согласие в условиях совершенно свободного волеизъявления, был полностью ознакомлен с планом и методикой его проведения, а также осведомлен о том риске, которым чреват этот эксперимент.

С целью выявления отношения людей к экспериментам в области медицины нами было проведено социологическое исследование методом анкетирования, в котором приняли участие 290 человек, из них 183–женщины и 107–мужчины. Был учтен гендерный баланс: респонденты трех возрастных групп от 17-30 лет (208 чел.-72%), от 31-50 лет (52 чел.-18%), от 51 и старше (30чел.-10%). Возрастная стратификация отражает не только хронологический возраст человека, но и его общественное положение, социальный статус, диапазон социальных ролей, также систему связанных с возрастом социально-психологических ожиданий. Распределение студентов по вузам: ЧГМА – 106 чел.(21 – юноши, 85 - девушки), ЗабГГПУ – 62 чел.(24 – юноши, 38 - девушки), ЧитГУ – 40 чел.(27 – юноши, 13 - девушки) дает возможность проследить разную степень отношения к данной проблематике.

В ходе проведения исследования решались задачи – выявить отношение к медицинским экспериментам людей разных возрастных групп, студентов разных профильных вузов и определить границы его применения.

В результате проведенного исследования было выявлено, что:

1. К эксперименту в медицинской практике относятся *положительно* – 208 респондентов (72%), *отрицательно* – 52 чел.(18%), *безразлично* - 30 чел.(10%). На вопрос о правомерности экспериментов на животных *утвердительно* ответили 186 чел.(64%), *отрицательно* – 104 чел.(36%). 180 чел.(62%) считают нужным освещать в СМИ проблемы экспериментирования на животных, а 110 чел.(38%) – нет. О необходимости ухода за животными после эксперимента считают правоммерным 261 чел.(90%), а 29 чел.(10%) – необязательным.

По мнению 32 чел.(11%) результаты экспериментов на животных применимы к человеку. А на вопрос «Можно ли проводить эксперименты, если они предусматривают жестокое обращение к испытуемым?» положительно ответили 61 респондент (21%), отрицательно – 229 чел.(79%). Большая часть опрошенных (255 чел. – 88%) против экспериментов на представителях наиболее уязвимых групп населения (дети, беременные и кормящие женщины, представители этнических меньшинств, заключенные, военнотружущие и т.д.), а 35 чел.(12%) считают, что это необходимо.

Из общего числа респондентов, 281 чел.(97%) считают, что нельзя проводить эксперименты на человеке без его согласия, 9 чел.(3%) допускают этот факт. На вопрос «Должно ли быть разрешено все, что технически возможно в области биомедицинских разработок и генетических исследований?» положительно ответило 90 чел.(31%), отрицательно – 113чел.(39%), «не знаю» - 87чел.(30%).

2. Проанализировав мнения мужчин и женщин в отдельности, были получены следующие данные: *положительно* относятся к эксперименту в медицинской практике 128 женщин(70%) и 81 мужчин(76%), *отрицательно* – 37 женщин(20%) и 19 мужчин(18%), *нейтрально* – 18 женщин(10%) и 7 мужчин(6%). Правомерным проведение экспериментов на животных считают 84 женщины(46%) и 78 мужчин(73%), а 99 женщин(54%) и 29 мужчин(27%) – не допускают их проведение. Большинство участников исследования - 103 женщины(56%) и 71 мужчин(66%) - считает нужным освещать в СМИ проблемы экспериментирования на животных, а 80 женщин(44%) и 36 мужчин(34%) полагают, что нет в этом необходимости.

Организацию ухода за животными после эксперимента считают необходимым 176 женщин(96%) и 92 мужчины(86%), а 7 женщин(4%) и 15 мужчин(14%) – необязательным. На вопрос «Можно ли проводить эксперименты, если они предусматривают жестокое обращение к испытуемым?» положительно ответили 36 женщин(19%) и 26 мужчин(25%), отрицательно – 147 женщин(81%) и 81 мужчин(75%). Что должно быть разрешено все, что технически возможно (в области биомедицинских разработок и генетических исследований) считают 62 женщины(34%) и 33 мужчины(31%), а 58 женщин(32%) и 24 мужчины(22%) считают напротив, воздерживаются - 63 женщины(34%) и 50 мужчин(47%).

3. Если рассматривать процентное соотношение по вузам, то вырисовывается следующее: положительно относятся к эксперименту 69 девушек(81%) и 18 юношей(85%) из ЧГМА, 11 девушек(42%) и 21 юношей(79%) из ЧитГУ, 29 девушек(77%) и 14 юношей(57%) из ЗабГГПУ; отрицательно 13 девушек(15%) и 3 юноши(15%) из ЧГМА, 10 девушек(38%) и 4 юноши(16%) из ЧитГУ, 7 девушек(19%) и 7 юношей(29%) из ЗабГГПУ; нейтрально – 3 девушки(4%) из ЧГМА, 6 девушек(20%) и 2 юноши(5%) из ЧитГУ, 2 девушки(4%) и 3 юноши(14%) из ЗабГГПУ.

Считают необходимым ухаживать за животными после эксперимента 79 девушек(93%) и 19 юношей(92%) из ЧГМА, 27 девушек(100%) и 26 юношей(95%) из ЧитГУ, 38 девушек(100%) и 19 юношей(79%) из ЗабГГПУ, а 6 девушек(7%) и 2 юноши(8%) из ЧГМА, 1 юноша(5%) из ЧитГУ, 5 юношей(21%) из ЗабГГПУ считают ненужным.

На вопрос «Можно ли проводить эксперименты, если они предусматривают жестокое обращение к испытуемым?» положительно ответили 16 девушек(19%) и 7 юношей(31%) из ЧГМА, 5 девушек(17%) и 7 юношей(26%) из ЧитГУ, 7 девушек(19%) и 2 юноши(7%) из ЗабГГПУ; отрицательно ответили 69 девушек(81%) и 14 юношей(69%) из ЧГМА, 22 девушки(83%) и 20 юношей(74%) из ЧитГУ, 31 девушка(81%) и 22 юноши(93%) из ЗабГГПУ.

Анализ полученных данных позволяет сделать следующие выводы:

- большая часть респондентов считает необходимость проведения экспериментов в медицинской практике, так как их результаты сказываются, в дальнейшем, на здоровье людей;

- проведение экспериментов на животных считают необходимым чуть больше половины участников, но при этом, мужчины более жестки, чем женщины;

- большинство опрошенных считает необходимым организацию ухода за животными после окончания эксперимента, но некоторые (в большей части - мужчины) отрицают это, причем среди студентов оказались и 6 девушек из ЧГМА. Думается, что это связано со спецификой вуза, т.к. в других вузах (кроме биологических и ветеринарных) не предусматривается в учебном плане проведение экспериментов на животных.

- недопустимость жестокого обращения к испытуемым и проведение эксперимента на наиболее уязвимых группах населения считают большинство участников исследования;

- большая часть респондентов считают недопустимым разрешение проведения всех возможных технически экспериментов в области биомедицинских разработок и генетических исследований.

Таким образом, проведенное исследование показывает важность изучаемой проблематики для развития науки, в частности – медицинской. Налицо тот факт, что по мере развития цивилизации, с внедрением высоких технологий во все сферы человеческой деятельности практика проведения исследований сталкивается с все новыми проблемами.

В заключении можно сказать, что за прошедшие сто лет практика проведения медицинских исследований с участием человека изменилась и продолжает изменяться в самых разных аспектах. В течение последних десятилетий в мире была создана довольно-таки сложная система этического и правового регулирования таких исследований. На сегодня эта система далеко еще не обрела сколько-нибудь законченные формы, она быстро усложняется и развивается, притом отнюдь не без проблем и противоречий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алисевич В.И. Вопросы медицинской этики, деонтологии и ответственности врача// Философские и социальные проблемы биологии и медицины. – М., 1980 – с.72
2. Ахутин А.В. История принципов физического эксперимента: от античности до XVII в. М., 1976
3. Вересаев В. В. Записки врача//Собр. соч. В 4-х т. Т. 1. М., 1985
4. Власов В. В. Препятствия к развитию доказательной медицины. М., 2007, с.34-40
5. Ивановский А. А. Профессиональная этика в медицине. – М., 1990
6. Кополадзе Р. А. Регламентация экспериментов на животных – этика, законодательство, альтернативы// Успехи физиологических наук, 1998, Т. 29. с.74-89
7. Кубарь О. И. Этические и правовые нормы в исследованиях на человеке: из истории России XX века// Человек. 2001. №3

ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ И ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ МНЕНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ОБ ИХ КАЧЕСТВЕ И ДОСТУПНОСТИ

Павлюкова И. А., Шнейдерман Е. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом ПО*

Научный руководитель: к.м.н. Шульмин А. В.

В условиях становления рынка медицинских услуг и формирования маркетинговых взаимоотношений в системе здравоохранения, в частности, в поле обязательного медицинского страхования, крайне актуальна проблема качества медицинской помощи и ее экспертизы. Качественные изменения, которые закономерно претерпевают социально-экономические структуры общества на рубеже веков, предопределяют, с одной стороны, научный поиск и формирование современной и адекватной этим изменениям новой парадигмы здравоохранения, с другой – требуют выработки методов и форм регулирования жизнедеятельности (управления) такой системы. Возможное приближение поиска решений обозначенных проблем лежит в плоскости исследования специфических производственных отношений врача и пациента в современных условиях становления рынка медицинских услуг. Именно суть отношений предопределяет сущность и формирует адекватную этим отношениям современную форму системы здравоохранения. Понимание же специфики отношений субъектов системы, вскрытие противоречий, определяющих такие отношения, выработка и применение методов разрешения этих противоречий – по существу делает возможным всякое регулирование рыночных отношений.

В рамках обсуждения данной проблемы на очередном заседании ВОЗ определена необходимость использовать новые подходы, как к медицинской помощи, так и к роли пациентов в процессе ее оказания. В частности эксперты пришли к мнению, что все более сложные потребности людей в области здравоохранения требуют внесения изменений в распределение ролей профессионалов и пациентов в процессе оказания медицинской помощи. «Повышение прав и возможностей пациентов – это необходимое условие для того, чтобы системы здравоохранения могли стать более чувствительными и адаптировать свою деятельность с учетом потребностей обслуживаемого населения. Однако мы также не должны забывать о самых уязвимых группах населения, т.е. о тех, кто часто в наибольшей степени нуждается в медицинской помощи. ВОЗ привержена такой цели, как оказание странам помощи в поиске эффективных путей предоставления профессиональной медицинской помощи, улучшения информирования пациентов, а также развития и совершенствования методов самопомощи. Я надеюсь, что проходящее сейчас обсуждение Европейской хартии по системам здравоохранения позволит наметить правильный путь», – говорит директор Европейского регионального бюро ВОЗ д-р Marc Danzon.

Во многих европейских странах прилагаются все большие усилия к вовлечению граждан в процесс формирования политики здравоохранения как на коллективном, так и на индивидуальном уровнях. Благодаря такому подходу, улучшается качество стратегических решений, повышается их приемлемость для населения, а люди берут на себя большую ответственность за принятие решений в сфере здравоохранения на индивидуальном и коллективном уровнях. Более того, становится все более очевидным, что службы здравоохранения нуждаются в заинтересованном населении, поскольку участие и активная позиция людей – это один из важных факторов сохранения и укрепления здоровья и поскольку только благодаря такому подходу медицинские услуги могут стать доступными действительно для всех. Однако в настоящее время имеется лишь ограниченный объем знаний и фактических данных о том, как обеспечить активное участие населения, и о том, в какой степени это способствует улучшению состояния здоровья населения в различных странах. На данном форуме по вопросам будущего были рассмотрены успехи в обеспечении участия населения в вопросах формирования политики здравоохранения, которых добились европейские страны, и указаны подходы, способствующие вовлечению населения в процесс управления системами здравоохранения.

Одним из направлений Национального приоритетного проекта «Здоровье» является оптимизация доступности квалифицированной медицинской помощи. При организации последней, особенно при разработке стратегии деятельности лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), целесообразно учитывать мнение и населения, и медицинских работников (особенно ценны их суждения о реализации их трудового потенциала, эффективности диагностических и лечебно-оздоровительных мер, качестве и объеме лечения).

В перечень показателей для оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации утвержденные Указом Президента Российской Федерации от 28 июня 2007 г. N 825 определены критерии оценки состояния здоровья и деятельности здравоохранения среди которых изучение удовлетворенность населения медицинской помощью (процент от числа опрошенных).

Удовлетворенность населения медицинской помощью (процент от числа опрошенных)

	2002 г.	2003г.	2004г.	2005г.	2006г.	2007г.	2008г.	2009г. (план)	2010г. (план)
Красноярский край	25,00	27,00	28,00	31,00	38,00	38,00	41,27	44,15	47,04
Российская Федерация						30,90			
СФО						34,20			

Учитывая наличие резервов совершенствования подходов к медико-социологическим исследованиям в этой области, определило необходимость проведения анкетных опросов, дающих возможность получить информацию по проблеме.

Обзор последних данных об исследовании мнения пациентов о качестве медицинской помощи позволило определить, что данная проблема довольно активно изучается и отдельными авторскими коллективами и органами управления здравоохранения регионов.

Отдельного внимания заслуживает работа, проведенная сотрудниками Клинического центра ММА им. И.М. Сеченова. Ими были разработаны три анкеты: для опроса руководителей ЛПУ. Врачей и пациентов. Анализ полученных

медико-социологических данных проводился с применением методов описательной статистики, определением коэффициентов корреляции между изучаемыми признаками, средних и др. Данные анализировались на основе математической статистики с помощью пакета прикладных программ SPSS 10.0.1, Microsoft Excel 2000.

Оценка пациентами работы медицинского персонала и администрации ЛПУ. Более 70,0% опрошенных оценили работу медицинского персонала ЛПУ по всем параметрам на «отлично» и «хорошо». В то же время, по мнению больных, медицинскому персоналу ЛПУ необходимо обратить внимание на дисциплину и согласованность в работе, внимательнее относиться к пациентам, а руководителям — уделять больше внимания мерам по повышению заинтересованности персонала в качественной работе. В ходе исследования была выявлена негативная практика «теневых платежей»: почти 1/4 (23,4%) опрошенных пациентов «благодарили» медицинских работников, чтобы получить необходимые справки, направления, лекарства, процедуры и т.д. Динамика взаимоотношений в системе врач — пациент. На вопрос, изменились ли за последний год взаимоотношения между врачом и пациентом, 38,2% больных ответили «да», 28,7% — «нет» и 33,1% затруднились с ответом. По мнению пациентов, отметивших изменения, взаимоотношения стали более доброжелательными (27,6% ответов), повысился уровень обслуживания (24,0%), возросла ответственность врача за своевременность, полноту и качество медицинской помощи (23,3%), материальная заинтересованность в увеличении числа пролеченных пациентов и повышении качества лечения (16,5%). Некоторые пациенты указали на то, что внимательное и доброжелательное отношение к ним стало более стабильным. В свою очередь 41,2% врачей отметили изменения в своих отношениях с пациентами, что они прежде всего связывают со своей возросшей ответственностью за своевременность, полноту и качество медицинской помощи (41,5% ответов), с ростом материальной заинтересованности в увеличении числа пролеченных больных и повышении качества лечения (23,9%), с повышением уровня обслуживания (16,4%); 6,4% врачей считают, что отношения с больными стали более доброжелательными, а 45,8% никаких изменений не заметили. Большинство главных врачей (73,5%) также констатировали изменения в отношениях между врачом и пациентом, в том числе 36,2% указали на рост ответственности врача за своевременность, полноту и качество медицинской помощи, 31,1% — на повышение материальной заинтересованности в увеличении числа пролеченных больных и повышении качества лечения; по мнению 22,4% респондентов, уровень обслуживания повысился. Что же касается различий в отношении медицинского персонала к пациентам разных возрастов, то, по мнению 79,5% главных врачей, таких различий нет.

Подобное исследование проводилось Петровой А.С.. Осуществлен опрос населения в 100 населенных пунктах 44 областей, краев и республик России. Интервью по месту жительства 20-21 июля 2004 г. 1500 респондентов.

Оценка качества и доступности медицинской помощи населению в условиях реализации национального проекта «Здоровье» (по результатам анкетирования пациентов ЛПУ г. Ставрополя). В статье рассматриваются результаты деятельности здравоохранения города Ставрополя в условиях реализации национального проекта «Здоровье» с позиции потребителя медицинских услуг. По результатам анкетирования пациентов сделаны выводы о позитивных изменениях в качестве и доступности медицинской помощи, отмечены некоторые препятствия и резервы реализации национального проекта.

Таким образом, можно с уверенностью утверждать, что большой интерес к проблеме исследования степени удовлетворенности медицинским обслуживанием пациенты проявляют как отечественные, так и зарубежные исследователи, более того данной проблеме особое внимание уделяют органы управления здравоохранения. Анализируя результаты исследований данного вопроса в России можно с уверенностью говорить о низком уровне (менее 40%) удовлетворенности качеством и доступностью медицинской помощью среди населения. Наше мнение, что исследования мнения пациентов должно осуществляться выборочным методом на регулярной основе и адаптацией перечня вопросов к реальным ситуации в здравоохранении. Все это позволит не только констатировать наличие проблемы, но и создаст предпосылки для принятия реальных управленческих решений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Врач и пациент на рынке медицинских услуг, И.А. Тогунов, 2002 г.
2. Девятый форум по вопросам будущего на тему «Управление системами здравоохранения и участие населения», 2006г.
3. На основе коллИсточник: Морозов П. Врач. 2005. №2. С.4-6
4. WHO European Ministerial Conference on Health Systems: "Health Systems, Health and Wealth", Tallinn, Estonia, 25-27 June 2008
5. Петрова А.С. «Образ врача». Опрос населения в 100 населенных пунктах 44 областей, краев и республик России. Интервью по месту жительства 20-21 июля 2004 г. 1500 респондентов. Документ опубликован на сайте www.fom.ru. (<http://bd.fom.ru/report/cat/humdrum/health/doctor/d022907>)
6. Оценка качества и доступности медицинской помощи населению в условиях реализации национального проекта «Здоровье» (по результатам анкетирования пациентов ЛПУ г. Ставрополя), К. Р. Амлаев, К. А. Муравьев, Е. П. Шалина. - г. Ставрополь, 2006 г.
7. Изучение здоровья населения на современном этапе развития общества / О.П. Щепин [и др.] // Проблемы соц. гигиены, зд-я и истории мед-ны. - 2005. - № 5. - С. 3-6.
8. Ключенович, В.И. Общественное здоровье: концептуальные подходы при создании модели управления / В.И. Ключенович // Мед. новости. - 2005. - № 3. - С. 65-70.
9. Назарова, И.Б. Доступность системы здравоохранения (медицинской помощи) и самосохранительная активность граждан / И.Б. Назарова // Социология медицины. - 2006. - № 2. - С. 43-53.
10. Предикторы удовлетворенности потребителей услугами первичного здравоохранения / Н.Л. Русинова [и др.] // Социология медицины. - 2006. - № 2. - С. 24-31.

УДК 614.25/.253.8

ОЦЕНКА ПАЦИЕНТАМИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ОЖИДАНИЯ НА ПРИЕМЕ К ВРАЧУ

Павлюкова И. А., Шнейдерман Е. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом ПО*

Научный руководитель: к.м.н. Шульмин А. В.

В век, когда сверхновые технологии начали прочно закрепляться на Российском рынке медицинских услуг, сохраняется проблема очередей. В рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» можно выделить три основных направления: повышение приоритетности первичной медико-санитарной помощи, усиление профилактической направленности здравоохранения, расширение доступности высокотехнологичной медицинской помощи. Одним из

основных факторов неудовлетворенности, по мнению пациентов, является длительное ожидание приёма. В системе здравоохранения, а именно поликлиническом звене, эта проблема является одной из ведущих и, бесспорно, требует быстрого и качественного решения.

Учитывая недостаточную разработанность в решении представленной проблемы, было проведено медико-социологическое исследование. Опрос проводился на базе ЛПУ города Красноярск с помощью специально разработанной анкеты для изучения мнения пациентов о качестве и доступности медицинской помощи. Общее число опрошенных составило 284 человека. Анкета включала в себя 3 части:

- Паспортная часть;
- Вопросы о качестве и доступности медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях города;
- Вопросы о качестве и доступности медицинской помощи в стационарных учреждениях города.

На основе полученных данных, анализа их с применением методов описательной статистики, определением коэффициентов корреляции между изучаемыми признаками, средних значений, с помощью пакета прикладных программ SPSS 10.0.1, Microsoft Excel 2007, были получены следующие результаты.

В среднем в очереди к терапевту приходится стоять от одного часа до полутора часов, при этом возрастная категория от 51 до 60 лет (предпенсионный и пенсионный возраст), ждет, как правило, больше полутора часов. В очереди к кардиологу пациенты теряют в среднем около часа, при этом опять же, группа людей пенсионного возраста ждет около 90 минут. Аналогичная картина наблюдается на очереди к невропатологу, хирургу и окулисту. Относительно меньшее время пациенты теряют на ожидание ЛОР-врача, в среднем 40-50 минут. Ожидание врача онколога растягивается до 2 часов, причем обращается в основном категория лиц от 40 до 60 лет. Стоматолога ждут в среднем от 40 минут до полутора часов.

Также предлагалось оценить длительность пребывания в очереди в баллах от 1 до 5, где 1 – очень долго, 2 – долго, 3 – среднее, 4 – недолго, 5 – быстро. 33,9% опрошенных оценили ожидание к терапевту на 4; 32,1% - на 3; 19,5% - 2; 12% - на 1 и лишь 2,1% - на 5 баллов. Ожидание кардиолога пациенты оценили на 3 и 4 около 72%; на 2 и 1 – 18,2% и на 5 только 4% опрошенных. Очередь к хирургу оценили в большинстве случаев на 3 – 40,5% респондентов, на 4 оценили 36,5%, на 5 всего лишь 3%. Оценка длительности на прием к онкологу выглядит следующим образом: около 72% анкетированных поставили 3 либо 4; 23,5% - 2; 5 поставили 1,1%. Ожидание стоматолога на 4 оценили 41,2%; 34,3% - на 3; 13,9% - на 2; 6,4% - на 5. Оценка длительности ожидания отоларинголога, окулиста и невропатолога мало чем отличается от вышеуказанных специалистов.

Проанализировав полученные результаты, можно с уверенностью сказать, что проблема очередей в системе здравоохранения была и остается одной из ведущих. По данным исследования 72% респондентов говорят о низком уровне качества оказываемой им медицинской помощи и при этом, приема специалиста приходится ожидать в среднем около 50 минут. Наше мнение таково, что, не решив данную проблему, не возможно, поднять уровень удовлетворенности и доступности отечественной медицины.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антипова, С.И. Изучение мнения населения об оказании медицинской помощи в Беларуси /С.И. Антипова, Е.В. Горячева // Мед. новости. – 2005. - № 2. – С. 54–56.
2. Врач и пациент на рынке медицинских услуг. И.А. Тогунов, 2002г.
3. Петрова А.С. «Образ врача». Опрос населения в 100 населенных пунктах 44 областей, краев и республик России. Интервью по месту жительства 20-21 июля 2004 г. 1500 респондентов. Документ опубликован на сайте [www.fom.ru](http://bd.fom.ru/report/cat/humdrum/health/doctor/d022907). (<http://bd.fom.ru/report/cat/humdrum/health/doctor/d022907>)
4. Вальчук, Э.А. Основы организационно-методической службы и статистического анализа в здравоохранении / Э.А. Вальчук, Н.И. Гулицкая, Ф.П. Царук. – Минск: БЕЛМАПО, 2003. – 381 с.
5. Инструкция по применению методики расчёта эффективности медицинских технологий в здравоохранении: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 31.12.2003. - Минск, 2003. – 23 с.
6. Оценка качества и доступности медицинской помощи населению в условиях реализации национального проекта «Здоровье» (по результатам анкетирования пациентов ЛПУ г. Ставрополя), К. Р. Амлаев, К. А. Муравьев, Е. П. Шалина. - г. Ставрополь, 2006 г.

УДК 616.858-008.6-02:615.065

ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ ПРИЗНАКОВ ПАРКИНСОНИЗМА: РОТЕНОНОВАЯ МОДЕЛЬ

Панина Ю. А., Курбанов Д. Ш., Анохина А. М., Соловьев М. В., Алексеев К. А., Фурсова А. А.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра биохимии с курсами медицинской, фармацевтической и токсикологической химии,

нейрохирургии, неврологии с курсом традиционной медицины ИПО

Научные руководители: к.м.н. Малиновская Н. А., д.м.н., проф. Салмина А. Б., д.м.н., проф. Прокопенко С.В.

Введение. Одной из важнейших проблем современности является высокая распространенность патологий центральной нервной системы. В развитых странах смертность от цереброваскулярных и нейродегенеративных патологий в структуре общей смертности занимает 2-3-е места, в России наблюдается подобная ситуация. Болезнь Паркинсона - хроническое прогрессирующее нейродегенеративное заболевание, обусловленное в основном утратой дофаминсодержащих клеток nigrostriального пути. Этиотропная и патогенетическая терапия болезни Паркинсона и некоторых форм паркинсонизма на сегодняшний день невозможна или малоэффективна, неизвестны или слабо изучены причины и клеточно-молекулярные механизмы патогенеза этой группы нейродегенеративных заболеваний, проводится в основном симптоматическое лечение (1,2).

В настоящий момент существует 2 основных группы моделей паркинсонизма, чаще применяют модели *in vivo* (у крыс это модели одностороннего повреждения 6-гидроксидофамином и двустороннего повреждения системным введением ротенона). Ротеноновая модель паркинсонизма - одна из новейших моделей токсического паркинсонизма, вызывает nigrostriальную дегенерацию у грызунов, поразительно сходную по патогенетическим механизмам и симптоматике на болезнь Паркинсона (3,4,5).

Цель исследования – оценка выраженности признаков паркинсонизма у животных с токсической ротеноновой моделью.

Задачи исследования:

1. Оценить наличие и выраженность признаков паркинсонизма у экспериментальных животных с ротеноновой моделью в разные временные сроки (до введения ротенона, на 2-е, 4-е, 7-е, 10-е, 14-е, 21-е, 28-е сутки с момента моделирования паркинсонизма).

2. Оценить наличие и выраженность признаков паркинсонизма у контрольных животных в соответствующие временные сроки (до введения растворителя, на 2-е, 4-е, 7-е, 10-е, 14-е, 21-е, 28-е сутки после его введения).

3. Выявить различия между признаками паркинсонизма у контрольных и экспериментальных животных и оценить время стабилизации признаков паркинсонизма у экспериментальных животных, наилучшее для забора материала с целью последующего исследования клеточно-молекулярных механизмов развития данной патологии.

Материалы и методы. Исследование токсической модели паркинсонизма проводилось на белых беспородных самцах крыс массой 300-500 г. Критерием включения в группы наблюдения являлось нормальное исходное состояние неврологического статуса крыс до проведения эксперимента (по неврологической шкале NSS). Экспериментальная ротеноновая модель паркинсонизма выполнялась по методике [5] с модификациями: протокол включал ежедневное подкожное введение ротенона с растворителем (n=5) в концентрации 2-3 мг/кг веса/в сутки. Контрольная группа включала животных (n=5) с ежедневным подкожным введением растворителя (ДМСО и ПЭГ-300, 1:1) в том же объеме, что и вводили экспериментальным животным. Оценку выраженности наиболее часто встречаемых у животных с ротеноновой моделью признаков паркинсонизма (олигокинезия, постуральная нестабильность, неустойчивость походки) осуществляли у обеих групп животных в одинаковые временные сроки: до введения ротенона (или растворителя) и на 2-е, 4-е, 7-е, 10-е, 14-е, 21-е и 28-е сутки с момента первой инъекции ротенона с растворителем (или растворителя). Вышеперечисленные признаки паркинсонизма оценивались по балльной шкале (Табл. 1). Кроме того, определялось суммарное значение баллов (0-9).

Таблица 1

Шкала оценки признаков паркинсонизма

Признаки паркинсонизма \ Шкала	0б	1б	2б	3б
Признаки паркинсонизма				
Олигокинезия	Двигательные расстройства отсутствуют	Слабо выраженная олигокинезия	Умеренно выраженная олигокинезия	Резко выраженная олигокинезия
Постуральная нестабильность	Постуральная нестабильность отсутствует	Слабо выраженная постуральная нестабильность	Умеренно выраженная постуральная нестабильность	Резко выраженная постуральная нестабильность
Неустойчивость походки	Неустойчивость походки отсутствует	Слабо выраженная неустойчивость походки	Умеренно выраженная неустойчивость походки	Резко выраженная неустойчивость походки
Суммарное значение: 0 баллов – отсутствие паркинсонизма, 1-9 баллов – наличие признаков паркинсонизма				

Статистический анализ полученных результатов включал определение нормальности распределения, дисперсии, среднего арифметического и среднего квадратичного отклонения, ошибки среднего, тест Манна-Уитни. Все результаты представлены в виде $M \pm m$, где M – среднее значение, m – ошибка среднего, p – уровень значимости.

Полученные результаты. Осмотр животных выявил наличие всех исследуемых признаков развития паркинсонизма (олигокинезия, постуральная нестабильность и неустойчивость походки) у экспериментальных крыс по сравнению с контрольными животными (Табл. 2), развитие признаков практически во всех временных точках достоверно отличалось как от соответствующих значений контрольной группы, так и от исходных значений (до введения ротенона). В контрольной группе либо совсем не наблюдалось указанных признаков, либо они были слабо выражены (небольшая олигокинезия у некоторых животных контрольной группы).

Таблица 2

Выраженность признаков в ротеноновой модели паркинсонизма

Признаки паркинсонизма \ Группы	Контрольная группа, n=5	Опытная группа, N=5
Олигокинезия	Время оценки признаков и средние значения	
	0: 0,0±0,00	0: 0,0±0,00
	2: 0,0±0,00	2: 0,8±0,20*\$
	4: 0,4±0,25	4: 2,2±0,49*\$
	7: 0,0±0,00	7: 1,2±0,37*\$
	10: 0,0±0,00	10: 1,2±0,37*\$
	14: 0,8±0,20*	14: 1,4±0,25**
	21: 0,2±0,20	21: 1,8±0,37**\$
	28: 0,0±0,00	28: 2,4±0,40**\$\$
Постуральная нестабильность	Время оценки признаков и средние значения	
	0: 0,0±0,00	0: 0,0±0,00
	2: 0,0±0,00	2: 0,6±0,25
	4: 0,0±0,00	4: 1,6±0,40**\$\$
	7: 0,0±0,00	7: 0,4±0,25
	10: 0,0±0,00	10: 0,8±0,20*\$
	14: 0,2±0,20	14: 1,0±0,00**\$
	21: 0,0±0,00	21: 1,2±0,20**\$\$
	28: 0,0±0,00	28: 1,6±0,25**\$\$

	Время оценки признаков и средние значения	
	0: 0,0±0,00 2: 0,0±0,00 4: 0,0±0,00 7: 0,0±0,00 10: 0,0±0,00 14: 0,0±0,00 21: 0,0±0,00 28: 0,0±0,00	0: 0,0±0,00 2: 0,6±0,25 4: 1,6±0,40**\$\$ 7: 0,4±0,25 10: 0,8±0,20*\$ 14: 1,0±0,00**\$\$ 21: 1,2±0,2**\$\$ 28: 1,6±0,25**\$\$
Неустойчивость походки		
	Время оценки признаков и средние значения	
	0: 0,0±0,00 2: 0,0±0,00 4: 0,4±0,25 7: 0,0±0,00 10: 0,0±0,00 14: 1,0±0,32* 21: 0,2±0,20 28: 0,0±0,00	0: 0,0±0,00 2: 2,0±0,63*\$ 4: 5,4±1,17**\$\$ 7: 2,0±0,71*\$ 10: 5,8±0,73*\$ 14: 3,4±0,25**\$\$ 21: 4,2±0,73**\$\$ 28: 5,6±0,87**\$\$
Суммарное значение		

Примечание: обозначения времени оценки признаков паркинсонизма: 0 - до проведения эксперимента, 2 – на 2-е сутки, 4 – на 4-е сутки, 7 – на 7-е сутки, 10 – на 10-е сутки, 14 – на 14-е сутки, 21 – на 21-е сутки, 28 – на 28-е сутки. * - достоверность различий в сравнении с 0 значением (*p≤0,05, **p≤0,01), \$ - достоверность различий в сравнении с контролем (\$ p≤0,05, \$\$ p≤0,01)

Выраженность суммарного значения признаков паркинсонизма имела те же тенденции, что и признаки по отдельности (Табл. 2, Рис. 1). Суммарное значение признаков паркинсонизма у контрольных животных практически во всех временных точках либо отсутствовало, либо не достигало 1 (за исключением 14 суток, когда наблюдалась небольшая олигокинезия у некоторых животных, не связанная с введением растворителя, а вызванная иными факторами – страх перед исследователем, присоединение острой респираторной патологии и т.п.), но к 28 суткам наблюдалась нормализация олигокинезии до исходного нулевого значения.

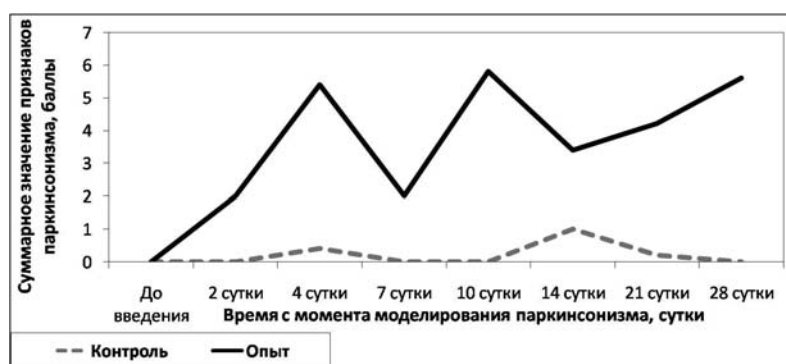


Рис. 1. – График изменения суммарного значения признаков паркинсонизма у экспериментальных (Опыт) и контрольных (Контроль) животных в течение 1 месяца с момента начала введения ротенона или растворителя

В опытной группе наблюдалось три пика максимальной выраженности признаков: на 4-е, 10-е и 28-сутки с момента начала моделирования ротенонного паркинсонизма (Рис. 1). Первый пик и дальнейшее снижение выраженности признаков паркинсонизма можно объяснить возможным развитием острого обратимого повреждения клеток среднего мозга под действием токсина и последующей компенсацией функций поврежденных дофаминергических нейронов другими клетками. Второй пик, скорее всего, связан с декомпенсацией функций клеток, взявших на себя функции поврежденных дофаминергических нейронов. Последний же пик, вероятнее всего, связан с необратимым повреждением и гибелью дофаминергических нейронов среднего мозга и клеток, взявших на себя их роль, что согласуется с литературными данными (3,4,5). Для подтверждения полученных данных в дальнейшем планируется макроскопическое и гистологическое исследование дофаминергических нейронов в substantia nigra среднего мозга и детекция клеточной гибели.

Выводы:

1. Начиная со 2 суток с момента моделирования, у экспериментальных животных наблюдалось достоверное нарастание всех исследуемых признаков паркинсонизма; пики наибольшей выраженности признаков наблюдались на 4, 10 и 28 сутки.
2. У контрольных животных наблюдалось практически полное отсутствие признаков паркинсонизма или их умеренная выраженность, не отличающаяся достоверно от начальных значений (до введения растворителя).
3. Значения всех исследуемых признаков паркинсонизма практически во всех временных точках достоверно отличались от соответствующих значений контрольной группы животных. Стабилизация признаков паркинсонизма наблюдалась на 21-28 сутки с момента моделирования, поэтому целесообразнее всего использовать эти сроки для забора материала для исследования клеточно-молекулярных механизмов развития патологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Воронина Т.А., Авакян Г.Н., Попова О.А. и др. Особенности противопаркинсонического действия мексидола в эксперименте при моделировании паркинсонического синдрома и в клинике у пациентов болезнью Паркинсона //Нейрохирургия и Неврология Казахстана. Доступен по URL: <http://medi.ru/doc/a070102.htm>.

2. Гусев Е.И., Бурд Г.С., Никифоров А.С. Справочник "Неврологические симптомы, синдромы, симптомокомплексы и болезни". – Москва, "Медицина", 1999.
3. Betarbet R., Sherer T.B., MacKenzie G. et al. Chronic systemic pesticide exposure reproduces features of Parkinson's disease //Nature Neuroscience. – 2000. – N.12. – P.1301-1306.
4. Caboni P., Sherer T.B., Zhang N. et al. Rotenone, Deguelin, Their Metabolites, and the Rat Model of Parkinson's Disease //Chem. Res. Toxicol. – 2004. – N.17 (11). – P.1540-1548.
5. Sherer T.B., Betarbet R., Testa C.M. et al. Cellular/Molecular Mechanism of Toxicity in Rotenone Models of Parkinson's Disease //The Journal of Neuroscience. – 2003. – N.23(34). – P. 10756–10764.

Исследование выполнено при поддержке Международного благотворительного фонда SM.Charity и внутривузовского гранта КрасГМУ.

УДК 616.36–091–036.2:616.36–002–002.2

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ВИРУСАМИ ГЕПАТИТА В И С

Панина Ю. С., Шапкина В. А., Капустинский А. Н.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра патологической анатомии*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Федякина С. П.

Среди традиционно выделяемых двух основных групп опухолей печени - доброкачественных и злокачественных - гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) является наиболее часто встречающейся среди первичных злокачественных новообразований, являющихся производными от клеток печени. На ее долю приходится до 95% всех гепатоцеллюлярных, билиарных и мезодермальных злокачественных новообразований формирующихся, как правило, в следующей хронологической последовательности: острый гепатит, хронический гепатит, цирроз печени (ЦП) и ГЦК. ГЦК является примером опухоли, имеющей вирусный канцерогенез, ассоциированный с широко распространенными в мире хроническими инфекциями вирусов гепатита В и С, а увеличивающиеся факторы риска безусловно определяют тяжесть и прогрессирование заболевания данной опухоли, чем и обусловлена актуальность выбранной нами темы.

Эпидемиология

По статистике каждый год в мире регистрируется более 600 000 новых случаев ГЦК. В целом на нее приходится порядка 85 - 90% всех злокачественных новообразований печени.

В структуре злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта в России опухоли печени занимают 7-е место (около 6%). По данным на 2003 г., заболеваемость ГЦК в стране составила 3,73 случая на 100 тыс. населения. В мире от ГЦК умирает около 600 тыс. человек в год, а однолетняя выживаемость составляет в среднем 13%. В России показатель смертности от этой опухоли - 5,77 случая на 100 тыс. человек. После постановки диагноза средняя продолжительность жизни больных в Европе - 15, а в Азии - 7 недель.

В последнее время наблюдается тенденция роста заболеваемости ГЦК в других странах, в том числе в России, что связано прежде всего с распространенностью вирусных гепатитов.

При HCV, HBV -инфекции к факторам риска развития ГЦК относятся мужской пол, зрелый возраст, HCV/HBV-коинфекция, злоупотребление алкоголем, курение, ожирение, сахарный диабет.

Лидирующим этиологическим фактором ГЦК являются гепатотропные вирусные инфекции. 75-80% всех ГЦК носят вирусный характер, причем на долю HBV-инфекции приходится 50-55%, HCV-инфекции - 25-30%.

HBV-инфекция, по-прежнему, относится к ведущему причинно-значимому фактору развития ГЦК суммарно по всему миру. Доказано, что при инфицировании HBV риск формирования рака печени в 100 раз выше, чем в общей популяции. Безусловно, риск формирования рака печени возрастает на стадии цирроза печени (ЦП). Интерес представляет и тот факт, что при HBV-инфекции возможно развитие ГЦК без ЦП.

Вторым по частоте во всем мире и первым в странах Западной Европы, США и Японии этиологическим фактором ГЦК является HCV-инфекция. ГЦК при HCV-инфекции в подавляющем числе наблюдений формируется на фоне ЦП с частотой 1-4% в год, а за 5 лет наблюдения 13% больных демонстрируют формирование первичного рака печени. В группе больных ЦП в исходе ХГС с развитием ГЦК ежегодная смертность достигает 31,5%.

Морфологические особенности и патогенез

По анатомическим вариантам выделяют узловую (солитарную), многоузловую и диффузно-инфильтративную формы опухоли. Приблизительно в половине случаев ГЦК встречается в виде солитарного узла с экспансивным или инфильтративным типом роста. Многоузловой вариант выявляется приблизительно в 10% ГЦК и характеризуется наличием множественных опухолевых очагов различного диаметра, которые могут быть инвазивными частями первичного узла или внутриорганными метастазами. Диффузно-инфильтративная форма может поражать весь орган.

Морфологическое исследование печени при ГЦК в отсутствие ЦП нередко выявляет перипортальное воспаление и лобулярные некрозы, стеатоз, сидероз печени. Это свидетельствует о том, что в генезе ГЦК важна не только степень фиброза (собственно ЦП), но и выраженность воспаления, хотя ведущим механизмом являются хромосомные повреждения в рамках вирусной инфекции, тем более что интеграция HBV в геном хозяина обеспечивает прямой канцерогенез.

Образование ГЦК является результатом кумуляции генетических дефектов различного происхождения как в зрелых гепатоцитах, так и в стволовых клетках. Исходно формируются очаги слабо выраженной дисплазии, постепенно трансформирующиеся в дисплазию высокой степени, 30% из которых, в свою очередь, в течение 5 лет эволюционируют в ГЦК. Как очаги дисплазии, так и ранние стадии ГЦК (до 2 см в диаметре) характеризуются высокой степенью дифференцированности опухолевых гепатоцитов. Опухолевые клетки обычно крупнее нормальных гепатоцитов, имеют полигональную форму и гранулярную эозинофильную цитоплазму, становящуюся базофильной по мере увеличения злокачественности. Ядра гиперхромные, варьируют по размеру и форме. Плотность ядер, превышающая таковую в контроле более чем в 1,3 раза, является показателем высокодифференцированной ГЦК (рис. 1). В центральных отделах опухоли нередко наблюдается некроз. Около 15% гепатоцитов имеют PAS-позитивные включения, содержащие большое количество б-фетопротеин (АФП).

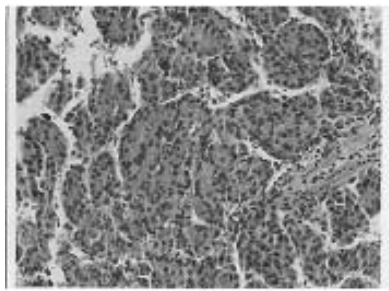


Рис. 1. – ГЦК, трабекулярный вариант (окраска гематоксилином и эозином)

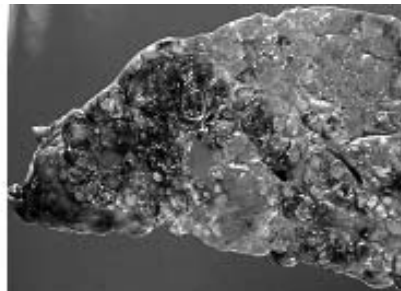


Рис. 2. – ГЦК (макропрепарат)

Далее с ростом опухолевого очага начинаются активные процессы неоангиогенеза, что сопровождается снижением уровня дифференцированности опухолевых клеток и приобретением опухолью классических черт злокачественности – сосудистой инвазии и способности к метастазированию, при этом ГЦК может быть представлена солитарным образованием или множественными узлами различного размера (рис. 2), реже встречается инфильтративный вариант опухоли.

Метастазирование.

ГЦК может метастазировать как внутripеченчно (в одну долю или множественно), так и внепеченчно: в регионарные и отдаленные лимфатические узлы (рис. 3), брюшину, по стенке воротной или нижней полой вены, в легкие, кости и другие органы. Среднее время удвоения массы ГЦК составляет 93,5 дней, что отражает медленный опухолевый рост, в связи с чем среднее время от момента возникновения ГЦК до момента ее диагностики в среднем составляет 3 года.

Наиболее часто по данным УЗИ ГЦК размерами <3 см представлена хорошо ограниченным гипэхогенным очаговым образованием (рис. 4). УЗИ признаки ГЦК больших размеров характеризуются наличием стеатоза опухоли, ее кальцификации, некротических изменений, кровоизлияний. Присутствие некротических изменений придает опухоли гипэхогенность, тогда как обширные кровоизлияния, стеатоз, фиброз с кальцификацией визуализируются как гиперэхогенные изменения.



Рис. 3. – Ультразвуковая картина ГЦК

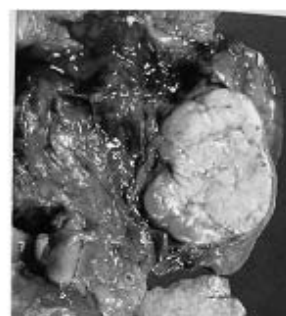


Рис. 4. – Метастазы ГЦК в лимфоузел

В ходе исследования выявлено, что в хирургическом отделении №1 КОД (Краевой онкологический диспансер) с 2003-2006 годы выполнены операции 36 больным по поводу первичного рака печени. Из них 22 мужчины и 14 женщин в возрасте от 18 до 60 лет. По данным КОД большинство пациентов проживало в городе Красноярске-56%(табл.1).

Таблица 1

Территория проживания больных первичным раком печени за 2003-2006 гг.

Место проживания	Количество больных
Красноярск	20
Зеленогорск	3
Лесосибирск	2
Дудинка	2
Енисейск	1
Канский район	1
Б-Улуйский район	1
Козульский район	1
Новоселовский район	1
Ужур	1
Зареченка	1
Емельяново	1
Северо-Енисейск	1
Всего	36

Доля мужчин со злокачественными опухолями печени составляет 61,1%, женщин-38,9%. Пик заболеваемости у женщин приходится на период 51-60 лет(50 % случаев). У мужчин рак печени, в основном, регистрируется после 40 лет(табл.2). В ходе исследования отсутствовали случаи ГЦК в возрастной группе 30-40 лет.

Таблица 2

Распределение больных раком печени по полу и возрасту

Пол	10-20 лет	21-30 лет	31-40 лет	41-50 лет	1-60 лет	61 и >
мужчины	2	2	-	6	5	7
женщины	2	2	-	1	7	2

В качестве профилактики ГЦК следует рассматривать предупреждение инфицирования вирусами гепатитов В и С, устранение гепатотоксических веществ, вакцинацию против гепатита В, проведение противовирусной терапии у больных с HBV и HCV. Пациентам из групп риска развития ГЦК необходимо регулярно проводить скрининговые тесты для выявления опухоли.

Несмотря на серьезность проблемы ГЦК, возможности ее ранней диагностики и современные варианты лечения при осуществлении мер профилактического характера позволяют с оптимизмом смотреть на будущее в борьбе с первичным раком печени.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бурневич Э.З., Лопаткина Т.Н. // Гепатологический форум.-Москва,2007.- №4.- С. 12-17
2. Ивашкин В.Т. Болезни печени и желчевыводящих путей.- Москва, 2005. – С. 405-411
3. Ивашкин В.Т., Морозова М.А., Маевская М.В. и др. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – Москва, 2009. - № 1. – С. 4-15
4. Лопаткина Т.Н., Абдурахманов Д.Т. Крель П.Е. и др. // Гепатологический форум.- Москва, 2005. - №1.- С. 20-22
5. Струков А. И., Серов В.В. Патологическая анатомия.- Москва, 1989. – С. 312 – 317

УДК 616.314-74:615.462:613

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЦИТОТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ РЕСТАВРАЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ НА ОСНОВЕ МЕТАКРИЛАТА И ОКСИРАНА НА ЭРИТРОЦИТЫ

Парфенцева Е. А.

*Самарский государственный медицинский университет
Кафедра терапевтической стоматологии*

Научный руководитель: д.м.н., проф. Гильмияров Э. М.

Актуальность темы. Для врача-стоматолога при клиническом использовании различных реставрационных материалов чрезвычайно важным является понимание взаимосвязи их структуры и свойств с действием на организм человека. Процесс совершенствования пломбировочных материалов идет непрерывно, улучшаются прочностные и эстетические характеристики, повышается биологическая совместимость и качество адгезии к тканям зуба. Тем не менее, все стоматологические материалы имеют свойство в различной степени выделять вещества в полость рта и окружающие ткани, которые в некоторых случаях оказывают положительное действие, например диффузия ионов фтора из стеклоиономерных цементов вызывает противокариозный эффект. Но возможно и отрицательное влияние. Для оценки потенциального риска материал-обусловленных неблагоприятных реакций организма недостаточно неспецифических тестов и стандартных исследований физических, химических и механических свойств биоматериала и изучение этой проблемы чрезвычайно актуально. В последние годы появилась серия работ, подвергающих критике отдельные методы лабораторных испытаний. Мы предлагаем специфический тест, а именно определение цитотоксичности стоматологических пломбировочных материалов перед их клиническим применением.

Целью данной работы было сравнить цитотоксичность пломбировочных материалов с принципиально разной химической структурой мономера.

Задачи: в процессе исследования нужно было определить цитотоксическое действие пломбировочного материала на основе метакрилата и оксирана на эритроциты.

Материалы и методы. Прогресс стоматологического материаловедения с момента синтеза в середине 20 века молекулы Bis-GMA (бис-фенол А (дифенил-пропан) и глицидил-метакрилата-2) - открытия композиционных пломбировочных материалов, преимущественно был движим их усовершенствованием. Многие изменения привносятся как в состав органической матрицы, так и в состав наполнителя. До недавнего времени среди последних разработок в этой области наиболее инновационными были пломбировочные материалы, наполнитель которых изготовлен с использованием нанотехнологий, а именно истинные нанокомпозиты, характеризующиеся высокими эстетическими свойствами. Нами для проведения работы были выбраны два реставрационных материала с принципиально разной структурой мономера. Один из них представляет собой истинный нанокомпозит, а другой - качественно новый материал на основе молекул оксирана и полисилоксана. Для достижения поставленной цели были проведены тесты на форменных элементах крови – эритроцитах. Материалом для исследования служила кровь, которую получали из локтевой вены в объеме 5 мл путем венепункции в пробирки для взятия крови. Влияние метакрилата и оксирана определяли в 2-х экспериментальных группах. Контрольную группу составила нативная кровь 15 соматически здоровых людей. Исследования проводились с использованием автоматического гематологического анализатора, который является автоматическим многопараметрическим счетчиком клеток крови по 18 параметрам.

В результате проведенных исследований было обнаружено разрушение эритроцитов в обеих экспериментальных группах по сравнению с контрольной группой $p < 0,05$. Больше разрушение эритроцитов наблюдалось в экспериментальной группе, на которую воздействовали пломбировочным материалом на основе метакрилата, что может свидетельствовать о его большей цитотоксичности, по сравнению с оксираном.

Вывод. Химическая структура биоматериала определяет его цитотоксичность, что необходимо учитывать при его клиническом использовании.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология // М.: МЕДпресс-информ, -2007. - С.382-387.
2. Овруцкий Г.Д., Марченко А.И., Зелинская Н.А. Иммунология кариеса зубов // Киев, «Здоровья», 1991; с. 83-93
3. Сергеев О.С., Балмасова И.П., Дубищев А.В., Прохоренко И.О., Уксусова Л.И. частная патофизиология. Патофизиология системы крови // Самарский государственный медицинский университет. Самара, 2000. С.5-10

УДК 613.84:378.187.5

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ОБЩЕЖИТИЙ АГМУ

Пасюра А. В., Масютин С. А.

Алтайский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., проф. Кудрявский С. И.

Большинство взрослого населения мира подвержено социально опасной привычке «Табакокурение». Приводимые статистические исследования, различными авторами, наводят на ужасающие мысли. Например, по данным Всемирной организации здравоохранения, каждые 6,5 секунды кто-нибудь умирает от табакокурения. Исследования подтверждают, что люди, которые начинают курить (их более 70 %) находятся в подростковом возрасте.

В настоящее время особо актуальным является борьба с ростом распространения табакокурения среди населения. Данная работа посвящена изучению распространенности табакокурения среди студентов общежитий АГМУ.

Важность определяется тем, что именно они отражают уровень информированности населения по данному вопросу.

Цель исследования. Изучение распространенности табакокурения среди студентов общежитий АГМУ.

Задачи исследования:

1. Изучить распределение курящих по полу, возрасту.
2. Изучить отношение студентов к курению.
3. Определить приоритетные направления профилактики распространения табакокурения среди студентов.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования был использован выборочный вид наблюдения с помощью анкетного метода среди студентов общежитий АГМУ. Всего проанкетировано 518 человек, из них мужчин – 183 чел, женщин – 335 чел. Всем респондентам было предложено ответить на следующие вопросы:

1. Пол
2. Возраст
3. Отнесите себя:
 - к курящим
 - к курящим ранее
 - никогда не курящим
4. Мотивация Вашего курения?
5. Считаете ли Вы совместимым курение и мед образование?

Результаты исследования. Таким образом, всех опрошенных можно разделить на три основные группы: курящие, некурящие, бросившие курить. Каждая группа разбита на подгруппы по возрасту: 17-20; 21-24. В каждой подгруппе важно выделить еще две подгруппы определяемые полом анкетированных.

Процентное соотношение между мужчинами и женщинами в возрастной группе 17-20 лет составило 34,8% : 65,2%, а в возрастной группе 21-24 года составило 35,9% : 64,1% (рис. 1).

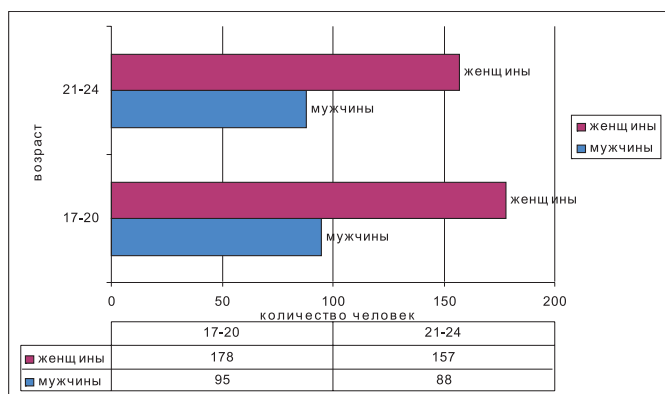


Рис. 1. – Удельный вес мужчин и женщин в различных категориях

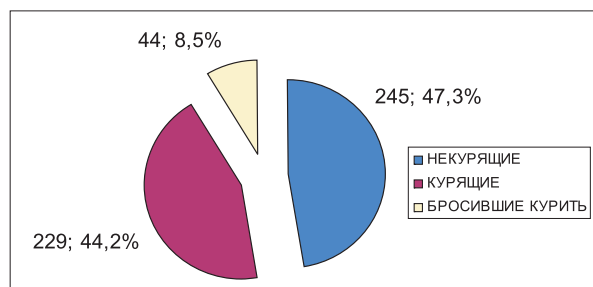


Рис. 2. – Удельный вес курящих, некурящих и бросивших курить среди студентов общежитий АГМУ в, %

Опираясь на данные показатели, можно сделать вывод о том, что среди анкетированных незначительно преобладают некурящие – 245 человек (47,3%). При этом удельный вес курящих составил – 229 человек 44,2%, а бросивших курить – 44 человека 8,5% (рис. 2).

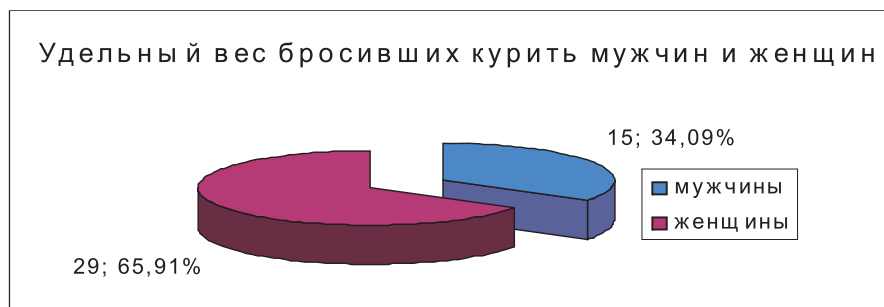


Рис. 3. – Удельный вес бросивших курить мужчин и женщин среди студентов общежитий АГМУ в, %

Несмотря на высокий уровень распространения курения среди женщин, именно они чаще расстаются со своими вредными привычками. Удельный вес бросивших курить женщин составил – 65,91%, а мужчин – 34,09% (рис. 3).

На вопрос о мотивации курения большинство анкетированных затруднились ответить 199 человек (38%), «личные проблемы» стали причиной курения 41 человека (8%) опрошенных, любопытство 57 человек (11%), влияние товарищей 86 человек (17%) и привычка 135 человек 26%. (рис. 4)

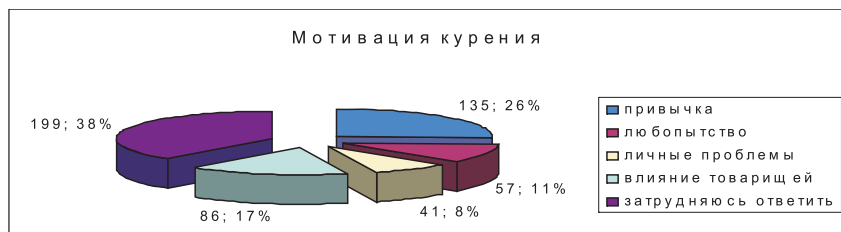


Рис. 4. – Мотивация курения, %

На вопрос «Хотите ли вы бросить курить?» большинство курящих отвечает положительно, а на вопрос «Почему до сих пор курите?» самым многочисленным стал ответ «затрудняюсь ответить». Следует заметить то, что вторым ответом стал «привычка» и лишь немногие признали отсутствие силы воли побороть свое пристрастие. Большинство курящих отмечают в прошлом попытки бросить курить.

Среди всех категорий опрошенных абсолютное большинство считает курение вредным. Однако, на вопрос «Считаете ли Вы совместимым курение и мед образование?» (рис. 5) даже никогда не курившие часто не могут быть категоричными, а некоторые отвечают положительно, что дает основание условно отнести их к группе риска людей, склонных начать курить в будущем.

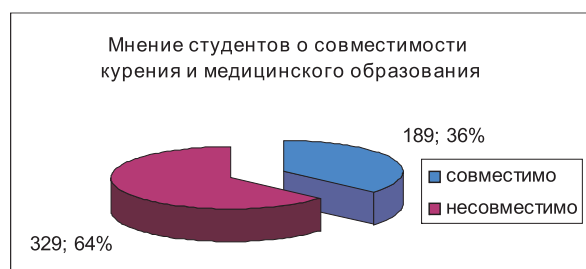


Рис. 5. – Мнение студентов о совместимости курения и медицинского образования, %

Большинство же никогда не куривших считает не совместимым курение и мед образование. В группе курящих большинство считают совместимым курение и мед образование, чем, на наш взгляд, оправдывают неспособность расстаться с вредной привычкой.

В нашем исследовании преобладающий возраст респондентов составил 17 – 23 года, что и объясняет большую распространенность курения в группах 17-20 лет и 21-24 года.

Это позволяет предположить, что, определяя приоритетные направления профилактики распространения курения среди населения важно уделить особое внимание борьбе с курением среди студентов. Данная работа доказала важность повышения пропаганды здорового образа жизни среди молодежи и борьбы с социально опасной привычкой как «Табакокурение»

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кудрявский С.И. Выживание населения России. М. МГСУ, Методические рекомендации, 30 с.
2. Артюнина Г.П. Основы медицинских знаний. Здоровье, болезнь и образ жизни / Г.П. Артюнина / Учебное пособие для студентов педвузов, 2003. – 243 с.
3. Медик В.А. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения / Уч.пособие для системы послевузовского профессионального образования./ В.А. Медик.- М. Медицина: 2006.-71 с

УДК:614.253.52:613.6:613.86

ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ ПОТРЕБНОСТЕЙ ТРУДОВОЙ МОТИВАЦИИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Пащенко А. П.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра управления, экономики здравоохранения и фармации ИПО*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Сенченко А. Ю.

В последнее время одним из проблемных вопросов здравоохранения является вопрос о качестве оказания медицинской помощи населению. Зачастую ведущим стимулирующим фактором в деятельности медицинских работников является финансовая составляющая. Однако на качество работы влияют различные факторы, среди которых деньги, как стимул, не всегда играют главенствующую роль. А неправильно подобранный стимулирующий фактор может наоборот оказать отрицательное воздействие на результаты труда. Поэтому важным является изучение мотивации работников.

Мотивация представляет собой процесс создания системы условий или мотивов, оказывающих воздействие на поведение человека, регулирующих интенсивность его труда, побуждающих проявлять добросовестность, настойчивость, старательность при достижении целей. Существуют множество теорий мотивации созданных в разные годы, которые отражали представление ученых, того времени, о потребностях человека и способах их удовлетворения.

Первую систему стимулирования (мотивации) персонала, которая позволила поднять производительность труда в несколько раз, создал родоначальник научного менеджмента Фредерик Тейлор.

Цель исследования: Проведение изучения особенностей мотивационного профиля у среднего медицинского персонала и разработка рекомендаций по использованию стимулирующих факторов работников с различными типами мотивационного профиля.

Для решения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

1. Провести анализ существующих теорий мотивации и методик их изучения.
2. Провести диагностику мотивационной структуры личности по В.Э. Мильману у среднего медицинского персонала КГУЗ Красноярская краевая детская больница (ККДБ).
3. Провести анализ результатов диагностики мотивационной структуры личности.
4. Разработать рекомендации по использованию стимулирующих факторов средних медицинских работников с различными типами мотивационного профиля.

Материалы и методы исследования. В работе мы использовали методику, разработанную В.Э. Мильманом, так как она разработана отечественным автором учитывает специфику менталитета, образа жизни и особенностей организации труда в нашей стране. Методика позволяет диагностировать мотивационный (МП) и эмоциональный профили личности. Причем мотивационный профиль личности рассчитывается отдельно как для трудовой деятельности, так и для общественной (не связанной с работой). Кроме того, построенные профили позволяют различать реальную (текущую) ситуацию и идеальную (потенциал, заложенный в человеке).

В ходе исследования нами было опрошено 100 средних медработников КГУЗ ККДБ в возрасте от 19 до 65. Средний возраст опрошенных составил 28,5 года. Среди респондентов преобладали лица женского пола (86%). Доля мужчин составила 14%. Семейное положение: замужем (женат) – 34%; не замужем (холост) – 66%. Стаж работы в здравоохранении составил от 1 до 43 лет, средний стаж работы – 7,5 года. Эти показатели соответствуют средним по учреждению. Таким образом, исследуемая совокупность является репрезентативной, а результаты исследования могут быть расценены как достоверные.

Результаты исследования. После обработки и анализа собранного материала получены следующие результаты.

Наиболее часто, среди опрошенных встречался «уплощенный» тип мотивационного профиля (47%). В этом типе отражается недостаточная дифференцированность мотивационной иерархии личности. Все основные мотивы в этой структуре практически равноценны для субъекта, что создает неопределенность в их реализации. Лица с этим МП легко подвержены воздействию простейших мотивационных систем. Такие работники становятся хорошими исполнителями и могут претендовать на руководящие должности, но в теории управления известно, что плоские управляющие структуры неэффективны для работы со сложными системами.

На втором месте стоит регрессивно-экспрессивный тип (28%). Этот тип характеризуется превышением общего уровня потребительных мотивов над развивающими. Это потребительно-ориентированная личность. Такие люди «плывут» по течению, выполняют не обременяющую работу и, в конце концов, зарекомендовав себя, как стабильный работник, поднимаются по карьерной лестнице. Руководство сводится к осуществлению контролирующих функций. Подобные руководители не стремятся к повышению собственного уровня и препятствуют инициативам подчиненных.

Регрессивно-импульсивный мотивационный профиль встречается у 13% респондентов. Присущая этому типу склонность к равнодушию к общественным интересам, эгоизму в сочетании с недостаточной гибкостью в поведенческих реакциях, снисхождением к своим слабостям и эмоциональной неуравновешенностью, делает существование таких людей в коллективе весьма проблематичным. Несмотря на высокие амбиции, таким работникам сложно реализовать себя.

Прогрессивно-экспрессивный тип мотивационного профиля встречается у каждого 10 респондента. Такие люди не испытывают чувства не определенности в своих побуждениях, а пытаются реализовать их в целом. Представители этого типа характеризуются стремлением к самоутверждению в социуме, развитым честолюбием, хорошим контролем над эмоциями, отличаются высоким уровнем притязаний и упорством в достижении выбранных целей. В работе проявляют себя как хорошие организаторы, зачастую становятся неформальными лидерами в группе. Продвигаться по карьерной лестнице побуждает таких людей к постоянному самосовершенствованию, постоянному повышению уровня образованности.

Прогрессивно-импульсивный тип МП (2%) отличается тем, что в нем присутствует определенная конфронтация между мотивами. Это может вести их к общей дисгармонии мотивационной сферы в целом. Такие люди целеустремленны, амбициозны и направлены на достижение успеха, но из-за нечеткого видения цели для достижения положительных результатов человек затрачивает намного больше усилий и времени, чем предполагалось.

Помимо построения МП, мы провели анализ мотивационных шкал.

Каждая шкала была разделена на 3 группы:

1. высокий уровень
(9 – 12 баллов)

2. средний уровень
(5 – 8 баллов)

3. низкий уровень
(0 – 4 баллов)

При изучении мотивационных шкал нами были установлены определенные различия между идеальными и реальными показателями.

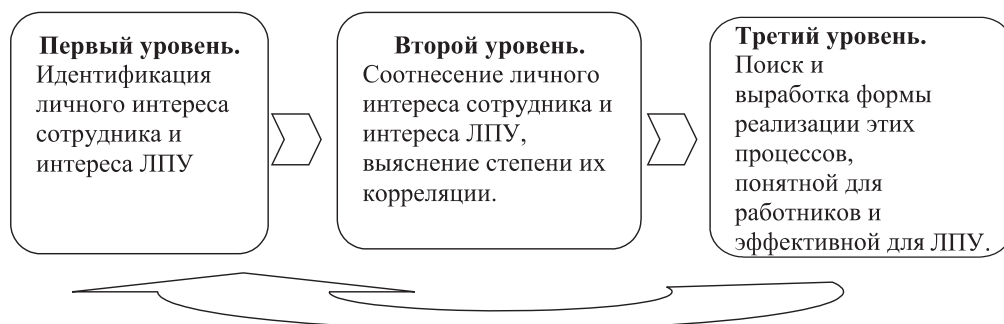
Стоит отметить, что практически по всем позициям мотивационных шкал, за исключением шкал «Мотивация общения» и «Мотивация принести общественную пользу», в разрезе реальных мотивов преобладает низкий уровень потребностей. Тогда, как идеальные мотивы находятся на уровне средних показателей, и внушительную долю занимает высокий уровень потребностей.

По шкалам «Мотивация общения» и «Мотивация принести общественную пользу» в разрезе идеальные и реальные мотивы прослеживаются высокие показатели потребностей. Это связано с тем, что коллективы среднего медицинского персонала многочисленны, что неизбежно ведет к постоянному общению между собой, с больными и их родственниками. Показатели шкалы «Мотивация принести общественную пользу» высоки из-за того, что сама по себе профессия несет в себе, как неотъемлемую часть, заботу и помощь пациентам. А это влечет и получение ответной благодарности со стороны пациентов и их родственников.

При разработке мотивационной системы необходимо акцентировать внимание на том, что в данном учреждении не развита корпоративная культура. Практика показала, что разработка не материальных методов мотивации не целесообразна, для учреждений с не развитой корпоративной культурой. Также необходимо принять во внимание, что в результате исследования мотивационного профиля, на первой позиции стоит уплощенный мотивационный профиль. Лица с этим МП легко подвержены воздействию простейших мотивационных систем. Поэтому для них вполне подходит использовать в качестве стимула улучшающего качество работы «метод кнута и пряника» (похвала, порицание, деньги).

Исходя из выше сказанного, при построении системы мотивации медицинского персонала мы предлагаем использовать следующую трехэтапную модель.

Трехэтапная модель мотивации.



Реализация данной системы мотивации требует использования принципов обратной связи, когда на каждом этапе проводится анализ его внедрения и оценивается соответствие полученных результатов поставленным целям.

Выводы:

1. Среди среднего медицинского персонала, работающего в ККДБ определены 5 типов мотивационных профилей: уплощенный, прогрессивно-экспрессивный, прогрессивно-импульсивный, регрессивно-экспрессивный, регрессивно-импульсивный.

2. Наиболее часто встречаются работники с уплощенным мотивационным профилем (48%), для которых подходит использование простейших мотивационных систем.

3. Каждый 10 работник имеет прогрессивно-экспрессивный мотивационный профиль. Такие работники должны быть использованы администрацией больницы для поиска и реализации новых идей, резерва на руководящие должности.

4. Достаточно высокий уровень оказания помощи со стороны средних медработников обусловлен в первую очередь высоким уровнем самомотивации, проявляемой в «Мотивация принести общественную пользу».

5. Внедрение трехэтапной модели системы мотивации медицинского персонала должна способствовать повышению качества оказания медицинской помощи, снижению текучести медицинских кадров, росту удовлетворенности населения, оказываемыми услугами, повышению благосостояния работников учреждения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мильман В.Э. Метод изучения мотивационной сферы личности / Практикум по психодиагностике. Психодиагностика мотивации и саморегуляции. – М., 1990. – С. 23-43.
2. Модестов А.А., Пац Ю.С., Лихоузова Н.И., Максимова С.И. Менеджмент в сестринском деле. Учебное пособие для студентов ВСО. – Красноярск. Изд-во «Кларетианум», 2004г. – С. 70-86.
3. Милорадова Н.Г., Ишков А.Д. Эффективность обучения менеджеров: личностные факторы мотивации // Система обеспечения качества в дистанционном образовании / Научные редакторы: Голубкин В.Н., Чернявская А.Г., Щенников С.А. - МИМ ЛИНК, 2007.- С. 105 – 113
4. Цветаев В.М. Управление персоналом. – СПб: Питер, 2002. – С. 127.

УДК 614.23/255

ИНОСТРАННЫЙ ЯЗЫК КАК СРЕДСТВО РЕАЛЬНОГО И ВИРТУАЛЬНОГО МЕЖКУЛЬТУРНОГО ОБЩЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТА МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ

Педяшов В. С.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра латинского и иностранных языков*

Научный руководитель: к.д.н. Гаврилюк О. А.

Знание иностранного языка никогда не было уделом избранных. Его мог выучить абсолютно любой. Это давало большие перспективы в будущем, а для многих изучение иностранных языков стало профессией. В течение тысячелетий мир все более и более дифференцировался. Стало появляться много новых профессий и специалистов; часть людей учила языки других стран, чтобы обмениваться, получать и накапливать знания, тем самым, продолжая развивать мир дальше.

Одна из наиболее древних профессий – профессия врача. И для него, как ни для кого другого, знать иностранный язык является обязательным условием. Медицина – это огромный котел, куда ежедневно, ежеминутно поступают новые научные данные со всего мира. Регулярно происходит открытие новых заболеваний, новых методов диагностики и лечения. Для того чтобы вся эта информация стала достоянием медиков всех стран, необходимо знание иностранного языка.

В современном мире главным средством общения является английский язык. Его значение для мировой коммуникации, для научных, дипломатических отношений весьма внушительно. Восемьдесят пять процентов всех международных телефонных разговоров совершаются именно на этом языке, также как и три четверти мировой почты, телексов и телеграмм. Более половины мировых медицинских периодических изданий выходят в свет на английском языке. Английский язык надолго сохранит свою позицию в качестве глобального языка международной коммуникации, и, прежде всего - в качестве универсального языка общения в Интернете, где уже сейчас обычна ситуация, когда венгр общается с японцем, а бразилец с русским. В наше время, когда технический прогресс шагнул далеко вперед, весьма значимую роль в профессиональном общении медиков стало играть виртуальное общение (e-mail почта, профессиональные форумы, видеоконференции). Более 80% всей медицинской информации в более чем 150 млн. компьютерах по всему свету хранится на английском языке. Инструкции к профессиональным компьютерным программам и сами программы часто бывают только на английском.

Однако сфера использования медиками иностранного языка не ограничивается лишь Интернетом. Ежегодно огромное количество международных симпозиумов, конференций, семинаров собирают врачей из разных концов мира. С каждым днем растет количество специалистов в сфере медицины, пишущих заявки на международные гранты и получающих поддержку зарубежных научных фондов.

Все эти причины привели к тому, что сегодня во всех странах изучение английского языка лежит в основе всех школьных и вузовских программ. В отношении специалиста медицинского профиля в ходе вузовской подготовки особое значение приобретает развитие у студентов-медиков профессиональной коммуникативной компетенции, включающей умения использования официально-делового, разговорного, научного, публицистического стилей общения.

Между тем, важно понимать, что критерием эффективности профессиональной коммуникации является не столько понимание или беглая речь, сколько достижение взаимовыгодных результатов общения. Эффективное деловое общение в иноязычной среде выступает важным показателем профессиональной культуры специалиста-медика.

В связи с этим большое значение сегодня необходимо придавать развитию у студентов медицинского вуза умения понимать и принимать социокультурные особенности партнеров по коммуникации. Для достижения такого результата требуется интегрированное обучение языку и особенностям культурной среды его носителей: необходимо развитие межкультурной компетенции. В этом отношении особую важность приобретает открытие на кафедре латинского и иностранных языков нашего вуза Центра межкультурной коммуникации, студенты и сотрудники которого работают над рядом проектов, связанных с культурой стран изучаемого иностранного языка. Хочется верить, что находящиеся сегодня в разработке база данных и сайт по проблемам межкультурной коммуникации будут полезны как студентам, так и сотрудникам нашего вуза в общении с международными партнерами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Садохин А. П. Введение в теорию межкультурной коммуникации. – М.:Высшая школа, 2005г.
2. Языковая энциклопедия ЛИНГВИСТО: www.lingvisto.org
3. Language, culture and society / Edited by Christine Jourdan and Kevin Tuite. – New York: Cambridge University Press, 2006.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ КИПФЕРОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ДЕТЕЙ

Пилипенко Г. И.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра детских инфекционных болезней с курсом ПО

Научный руководитель: асс. Дрыганова М. Б.

Инфекционный мононуклеоз – полиэтиологическое острое инфекционное заболевание, вызываемое различными вирусами, характеризующееся поражением ретикулоэндотелиальной и лимфатической систем, протекающее с лихорадкой, тонзиллитом, полиаденитом, гепато- и спленомегалией, лейкоцитозом с наличием атипичных мононуклеаров. Тяжесть ИМ и возможное неблагоприятное течение заболевания обусловлены угнетением функционирования факторов неспецифической иммунорезистентности и, в первую очередь, системы интерферона. В связи с чем важным направлением в терапии ИМ является применение иммуномодуляторов, в частности, кипферона [1,2, 3].

Цель исследования состояла в оценке эффективности кипферона в комплексной терапии инфекционного мононуклеоза у детей.

Задачи исследования:

1. Оценить эффективность препарата кипферон при лечении среднетяжелой и тяжелой формы инфекционного мононуклеоза у детей

Материалы исследования: Проведен анализ 50 случаев ИМ у детей в возрасте от 3 до 7 лет., находившихся на лечении в ДГКБ № 1 с 2006 по 2008 г. со среднетяжелой и тяжелой формами заболевания. Из них у 35 пациентов отмечалась среднетяжелая форма, у 15 – тяжелая форма ИМ. В комплексной терапии больных основной группы (I – 30 человек) использовался кипферон, пациенты контрольной группы (II – 20 человек) получали традиционную терапию.

Результаты и их обсуждение: Отмечено более быстрое исчезновение ведущих клинических симптомов инфекционного мононуклеоза на фоне противовирусной терапии у больных как со среднетяжелой, так и с тяжелой формами заболевания.

При среднетяжелой форме отмечено достоверное сокращение длительности лихорадочного периода у больных основной группы до $6 \pm 0,65$ дней по сравнению с детьми контрольной группы ($9 \pm 2,61$) ($p < 0,05$). Лимфаденопатия в среднем сохранялась $8 \pm 1,61$ дня, тогда как у 80 % больных, получавших традиционную терапию, даже к моменту выписки из стационара сохранялись умеренно выраженные явления лимфоаденопатии. Гепатомегалия на фоне лечения кипфероном сохранялась $6,2 \pm 0,82$ дней, спленомегалия - $5,9 \pm 0,6$ дней, тогда как в контрольной группе, соответственно, $9 \pm 0,78$ и $7,0 \pm 0,73$ дней ($p < 0,05$). Достоверных различий длительности периода наложений в ротоглотке у больных обеих групп не было.

При тяжелой форме инфекционного мононуклеоза гепатомегалия при использовании кипферона составила $11,2 \pm 0,6$ дня, тогда как на фоне традиционной терапии – $13,1 \pm 0,56$ дней. Выявлена тенденция к сокращению длительности спленомегалии у детей основной группы. Лимфаденопатия у пациентов основной группы сохранялась $12 \pm 0,43$ дней, в контрольной - $14 \pm 0,67$ дней. Достоверных различий длительности лихорадочного периода при тяжелой форме ИМ не выявлено.

Ни у кого из больных побочных эффектов на кипферон не выявлено.

Выводы:

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о целесообразности назначения кипферона в комплексной терапии ИМ у детей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Иванова В.В., Железникова Г.Ф., Аксенов О.А. и др. Инфекционный мононуклеоз у детей // Детские инфекции. – 2004. - №3 – С. 65 – 68.
2. Зайцева И. А., Хмелянская С.А., Бережнова И.А. Инфекционный мононуклеоз у детей // Детские инфекции. – 2004. - №3. – С. 65 – 68.
3. Краснов В.В., Котлярова Е.В., Обрядина А.П. и др. Этиопатогенетические особенности инфекционного мононуклеоза у детей// Детские инфекции. – 2007. – Т.6. - №2. – С. 36 – 38.

ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Плавская Н. П., Борис А. М.

Белорусский государственный медицинский университет

2-ая кафедра внутренних болезней

Научный руководитель к.м.н., доц. Борис А. М.

Ревматоидный артрит (РА) является центральной проблемой современной ревматологии, что связано с поражением лиц молодого и трудоспособного возраста, тенденцией к неуклонному прогрессированию и тяжелой инвалидизацией [2]. Одной из ведущих причин снижения продолжительности жизни при РА является атеросклеротическое поражение сосудов и связанные с этим кардиоваскулярные осложнения [7]. Обсуждается несколько взаимосвязанных причин развития атеросклероза при РА: накопление классических кардиоваскулярных факторов риска, побочные эффекты лекарственной терапии, недостаточное внимание к необходимости профилактики кардиоваскулярных осложнений при РА [11]. Однако, по мнению большинства исследователей в атерогенезе важная роль принадлежит аутоиммунитету с вовлечением всех звеньев иммунной системы, включая клеточные механизмы, аутоантигены и аутоантитела [1]. Имеются данные, что наличие воспалительного компонента имеет важное значение в процессе перехода стабильной атеросклеротической бляшки в нестабильное состояние, характеризующееся ее разрывом и образованием тромба [8]. Развитие системного воспаления связано с увеличением концентрации С-реактивного белка (СРБ), который является одним из маркеров сердечно-сосудистого риска. Этот факт придает значительный вес предполагаемой связи между воспалением и атеросклерозом [9].

В настоящее время для ранней диагностики атеросклеротического поражения сосудов и оценки риска кардиоваскулярных сосудистых осложнений используется широкий спектр неинвазивных инструментальных методов. Среди них особенно информативно определение толщины комплекса интима–медиа (КИМ) сонных артерий, увеличение которой коррелирует с риском кардиоваскулярных осложнений [5]. По данным I Del Rincon и соавт. [4], при РА наблюдается достоверная линейная корреляция между толщиной КИМ сонных артерий (а также частотой обнаружения бляшек в сонных артериях) и СРБ – независимо от пола и возраста пациентов и наличия кардиоваскулярных факторов риска. Актуальность проблемы МС обусловлена, прежде всего, его высокой распространенностью, которая в среднем составляет около 0,7-1% населения земного шара. Большое клиническое значение МС определяется тем, что наличие входящих в него факторов риска сопровождается повышением сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности [10]. Инсулинорезистентность, характер дислипидемии (гипертриглицеридемия, низкий уровень ХС ЛПВП, повышение ЛПНП), абдоминальное ожирение при МС несомненно предрасполагает к развитию атеросклероза и его осложнений. Жировая ткань выполняет важные эндокринные и иммунные функции посредством синтеза множества биологически активных веществ, таких как лептин, резистин, адипонектин, висфатин, TNF, IL-1, IL-6, IL-10 и др. Продуцируемые в жировой ткани адипоцитокнины способствуют поддержанию иммуновоспалительного процесса, что, может сопровождаться увеличением в сыворотке крови СРБ [6]. Ревматоидный артрит и метаболический синдром тесно взаимосвязаны на патогенетическом уровне. Таким образом, можно сделать предположение, что при сочетании этих двух патологических состояний вероятность развития атеросклероза и его осложнений увеличивается (потенцируется) в несколько раз.

Цель работы – изучить клиничко-лабораторные и инструментальные особенности факторов сердечно-сосудистого риска у больных ревматоидным артритом в сочетании с метаболическим синдромом.

Задачи:

1. Изучить распространенность метаболического синдрома у больных РА;
2. Определить типы распределения жировой ткани в исследуемых группах;
3. Оценить уровень СРБ у больных РА с МС и без него;
4. Оценить толщину комплекса интима-медиа (КИМ) у больных РА с метаболическим синдромом;
6. Определить корреляционную связь поражения брахиоцефальных артерий с уровнем СРБ;
7. Выявить особенности качества жизни у исследуемых пациентов.

Методы исследования: анкетирование, физикальный осмотр, лабораторный контроль, антропометрические измерения, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (БЦА), статистическая обработка результатов с применением пакета Excel 5.0, Statistica 6.0.

Результаты исследования. Диагностические критерии МС присутствовали у 62,5% исследуемых пациентов, что соответствует последним научным данным [3]. Только 18,5% больных РА имели нормальную массу тела и окружность талии. При изучении типов распределения жировой ткани в группе больных РА с МС установлено четкое преобладание (69%) андроида типа ее распределения – самого трудно поддающегося корректировке типа ожирения. В группе больных без метаболического синдрома превалировал промежуточный (47%) тип. Висцеральная жировая ткань обладает высокой липолитической активностью. Данную особенность объясняют меньшей плотностью инсулиновых рецепторов на поверхности клеток жировой ткани, локализованной в абдоминальной области. Следствием этого является избыточное поступление свободных жирных кислот в кровоток через систему воротной вены. В результате такой перегрузки жирными кислотами в печени начинается усиленный синтез ЛПОНП, обогащенных триглицеридами. Свободные жирные кислоты стимулируют глюконеогенез, что приводит к гипергликемии. В скелетных мышцах развивается инсулинорезистентность, обусловленная подавлением утилизации глюкозы. Это вносит определенную роль в развитие эндотелиальной дисфункции и атеросклероза соответственно. Для сравнения активности заболевания в группах больных РА с МС и без него применялся расчетный показатель DAS28 (disease activity score), который рассчитывался по формуле:

$$DAS28=0,56\cdot\sqrt{(ЧБС28)+0,28\cdot\sqrt{(ЧПС28)+0,7\cdot\ln(COЭ)+0,014\cdot OC}$$

где учитывались число болезненных суставов, число припухших суставов из 28 учитываемых, СОЭ, общее состояние больного по 100мм визуальной аналоговой шкале. С учетом этого показателя различий по степени активности заболевания в сравниваемых группах не было (DAS28 у больных РА с МС – 5,187±0,3, DAS28 у больных РА без МС – 5,19±0,27, p=0,97). В ходе научной работы установлена зависимость между наличием МС с одной стороны и уровнем СРБ в плазме крови с другой стороны. При этом необходимо подчеркнуть, что клиничко-лабораторная активность РА в исследуемых группах была сопоставима. У больных РА с МС выявлено достоверное и значимое (p<0,0001) увеличение СРБ до 41,8±4 мг/л по сравнению с пациентами с нормальной массой тела, у которых исследуемый показатель составил 13,5±2 мг/л. Проведено дуплексное исследование сосудов брахиоцефального бассейна экстракраниального отдела сонных и позвоночных артерий 15 пациентам с РА и МС. Во время дуплексного сканирования БЦА выявлено значительное утолщение КИМ по сравнению с нормой, свидетельствующее об увеличении риска кардиоваскулярных осложнений. С учетом литературных данных за норму была принята толщина КИМ не более 0,9мм. В 93,3% случаях пациенты имели утолщение КИМ, а средняя толщина КИМ составила 1,24±0,2 мм. У исследуемых в 40% были выявлены атеросклеротические бляшки в общей сонной артерии, которые могут приводить к дефекту цветового картирования. Отмечен феномен глубокого кальциноза у одного пациента. Толщина КИМ имела прямую сильную статистически значимую корреляционную связь (R=0,91; p=0,004) с уровнем СРБ, которая рассчитывалась с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Эти данные доказывают значимый вклад метаболического синдрома в хронический воспалительный процесс при РА и, как следствие, развитие атеросклероза. Проведение с помощью опросников HAQ и SF36 определения функционального статуса и сравнения качества жизни у больных РА с МС и без него показало, что у пациентов без МС функциональный статус (HAQ 19±2 баллов) и качество жизни значительно выше, по сравнению с больными РА с МС (HAQ 32±6 баллов, p<0,001). Особенно значительной была разница SF36 по 3 показателям: физического (PF), ролевого (RF) и социального (SF) функционирования. Уровень СРБ коррелировал с показателями SF36 и HAQ, при этом связь с SF36 была обратной сильной статистически значимой (r=-0,804; p<0,001), а с HAQ – прямой (r=0,86; p<0,001).

Выводы:

1. В исследуемой группе больных РА метаболический синдром встречался у 62,5% обследованных, при этом преобладал андронидный тип распределения жировой ткани;
2. Несмотря на сопоставимость клинико-лабораторной активности ревматоидного артрита (в исследуемых группах нет различия DAS28, $p=0,97$), у больных РА с метаболическим синдромом выявлено достоверное увеличение СРБ по сравнению с пациентами без метаболического синдрома;
3. У большинства больных РА (93%) с метаболическим синдромом отмечается увеличение толщины КИМ по сравнению с нормой, в 40% случаев выявлены атеросклеротические бляшки в общей сонной артерии;
4. Отмечена прямая сильная статистически значимая ($R=0,91, p<0,004$) корреляционная зависимость уровня СРБ и толщины КИМ у больных РА с МС;
5. Выявлено достоверное снижение функционального статуса и качества жизни у больных РА с метаболическим синдромом по сравнению с больными РА без него ($p<0,003$);
6. В обследованной группе больных РА установлена прямая сильная статистически значимая ($r=0,86, p<0,001$) корреляционная зависимость уровня СРБ и количества баллов НАQ, обратная сильная статистически значимая ($r=-0,804, p<0,001$) корреляционная зависимость уровня СРБ и показателей SF36.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Насонов Е.Л. Маркеры воспаления и атеросклероз: значение С-реактивного белка. // Кардиология. – 1999. – Т:39 №2. – С.81- 85
2. Сигидин Я.А., Лукина Г.В. Ревматоидный артрит. М., 1997, 2001, 238 с.
3. Chung CP, Oeser A et al. Prevalence of the metabolic syndrome is increased in rheumatoid arthritis and is associated with coronary atherosclerosis. // Atherosclerosis. 2007 Jan 29
4. Del Rincon I, Williams K, Stern MP, et al. Association between carotid atherosclerosis and markers of inflammation in rheumatoid arthritis patients and healthy subjects. // Arthritis Rheum 2003; 48: 1833–1840
5. de Groot E, Hovingh K, Wiegman A, et al. Measurement of arterial wall thickness as a surrogate marker for atherosclerosis. // Circulation 2004; 109 (suppl III);III–33–III–38
6. Guzik TJ. Adipocytokines – novel link between inflammation and vascular function?// Guzik TJ, Mangalat D, Korbut R// J.Physiol Pharmacol. 2006 Dec; 57(4):505-28.
7. Kitas GD, Erb N. Tackling ischemic heart disease in rheumatoid arthritis. // Rheumatology 2003; 42: 607–613.
8. Libby P. Molecular basic of the acute coronary syndromes.// Circulation. - 1995; 91: 2844 – 2850
9. Libby P, Ridker PM, Maseri A. Inflammation and atherosclerosis.// Circulation. - 2002 Mar 5; 105(9):1135-43
10. Vague J, Vague P, Tramon M et al. Obesity and diabetes.// Acta Diabetol Lat 1980; 17: 87–99.
11. Van Dorum S, McColl G, Wicks IP. Accelerated atherosclerosis. An extraarticular feature of rheumatoid arthritis. // Arthritis Rheum 2002; 46: 862–875

УДК 61:371.71:378.661

ЭЛЕКТРОННЫЕ ОБУЧАЮЩИЕ ПОСОБИЯ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Плита Е. В., Катаева М. Е.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра патологической анатомии им. проф. П. Г. Подзолкова,
медицинской информатики и инновационных технологий с курсом ПО*

Научные руководители: ст. преп. Бичурина Т. Б., асс. Кичигина Е. И.

Как известно, в настоящее время одной из наиболее важных проблем, возникающих в течение учебного процесса, становится недостаточное количество своевременно обновляющейся учебной литературы. Особую актуальность эта проблема получает именно в ВУЗах, где наблюдается нехватка новых учебников и учебно-методических пособий. К тому же учебная литература имеет высокую степень износа, из-за чего студенты зачастую получают в распоряжение книги, не содержащие актуальной на сегодняшний день информации и не отвечающие учебным требованиям из-за ветхого состояния.

Изучая методы решения данной проблемы, мы обратили внимание на электронные формы учебных пособий как альтернативу обычным печатным учебникам вследствие ряда преимуществ: легкодоступность (в нашем примере для доступа используется корпоративная информационная система КрасГМУ), отсутствие какого-либо износа, возможность использования высококачественных наглядных фото- и видеоматериалов, интеграция с корпоративной информационной системой КрасГМУ, что позволяет пользователям и авторам учебника напрямую обмениваться отзывами, замечаниями и пожеланиями.

Целью исследования является разработка учебного пособия к практическим занятиям по частной патологической анатомии как онлайн-версии, так и версии для использования на локальном компьютере с последующей интеграцией в учебный процесс.

При проведении исследования были поставлены следующие задачи: изучение возможностей программы SunRav Book Editor, сбор материала, компоновка материала, совещание с кафедрой патологической анатомии о внедрении электронного учебного пособия в учебный процесс и расположение пособия в информационной системе КрасГМУ.

Для создания обучающего пособия была выбрана программа SunRav Book Editor компании SunRav Software, позволяющая создавать электронные учебные пособия с содержанием изображений, видеофайлов (для их проигрывания используется Windows Media Player), GIF- и Flash-анимацию. Для создания интерфейса в SunRav Book Editor можно использовать: разворачивающееся меню, изображения в виде кнопок, при клике на которых осуществляется переход по гиперссылке и объекты из стандартных интерфейсов ОС Microsoft Windows.

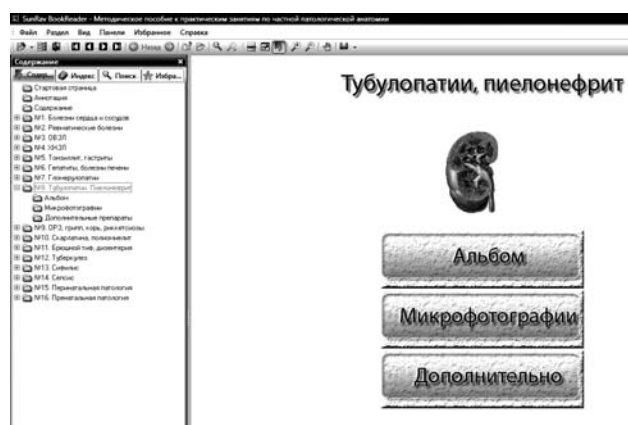
Основным форматом, в котором доступно данное электронное учебное пособие, является закрытый формат .exe. Перед компиляцией можно задать настройки, касающиеся прав использования материала, содержащегося в электронном учебном пособии; разрешить или запретить копирование текста из учебника через буфер обмена; привязать учебник к запуску только с компакт-диска; разрешить или запретить печать; установить пробный период использования учебного пособия. Все эти опции гарантируют сохранность авторского права.

Для просмотра скомпилированного exe-файла используется SunRav Book Reader, собственная разработка компании SunRav Software, которая играет роль графической оболочки электронного учебного пособия. Она встроена в exe-файл, для просмотра не требуется устанавливать дополнительное программное обеспечение. SunRav Book Reader поддерживает такие важные функции, как: поиск по ключевым словам, возможность составить список избранного, навигацию по разделам с помощью меню и поддержка 21 темы для отображения интерфейса.

Помимо компиляции в exe-формат SunRav Book Editor позволяет экспортировать электронный учебник в форматы CHM, PDF и HTML (это особенно удобно, если присутствует необходимость создания онлайн-версии пособия).

Данное учебное пособие содержит методические рекомендации для самостоятельной работы студентов, обучающихся на кафедре патологической анатомии, и включает уникальный материал, созданный преподавательским составом кафедры патологической анатомии им. П.Г.Подзолкова КрСГМУ. Самостоятельная работа студента на практическом занятии предполагает изучение предусмотренных учебной программой микропрепаратов по теме каждого занятия с последующей схематичной их зарисовкой в альбом и подробным описанием микроскопической картины изучаемого процесса. Для этого на кафедре имеется большая коллекция микропрепаратов по всем изучаемым темам курса, создан банк микрофотографий этих препаратов, демонстрация которых на мониторе учебных компьютеров значительно облегчает как объяснение преподавателя, так и процесс усвоения студентами данного раздела программы. Зарисовка же препаратов в альбом в отдельных случаях вызывает затруднения у учащихся как в связи с различным толкованием студентами изучаемого явления, так и разным уровнем подготовки к занятию, недостаточной базой знаний по смежным дисциплинам – гистологии, анатомии, предполагающих свободное ориентирование в гистологической структуре и анатомических особенностях зарисовываемых тканей.

В созданном нами пособии мы объединили все разрозненные компоненты этого процесса. Для этого параллельно с микрофотографиями программных препаратов создан банк сканированных и обработанных рисунков из атласов по патологической анатомии и студенческих альбомов прошлых лет, наглядно демонстрирующих изучаемые на занятиях микропрепараты, отредактирована их описательная часть, все они систематизированы и разделены по разделам. Материал разбит по темам, соответствующим тематике каждого учебного занятия. Каждое занятие в свою очередь структурировано на подразделы. Первым подразделом является «Альбом». В нем находятся работы, выполненные студентами на практических занятиях по патологической анатомии – сканированные и обработанные альбомные рисунки, а также их названия и описания, составленные преподавательским составом кафедры патологической анатомии. Вторым подраздел называется «Микрофотографии», где находятся сканированные из атласа по патологической анатомии микрофотографии препаратов, изучаемых студентами на практических занятиях. Третий раздел называется «Дополнительно» и содержит в себе материалы, не входящие в обязательный учебный процесс и предназначенные для студентов, желающих изучать патологическую анатомию сверх программы.



Интерфейс учебного пособия по патологической анатомии выполнен в бело-синей гамме и включает в себя GIF-анимацию, которую можно увидеть в названиях всех разделов и подразделов. Навигация по разделам и подразделам осуществляется как с помощью разворачивающегося меню, так и с помощью специально созданных страниц с пунктами меню.

В ходе исследования были получены две версии электронного учебного пособия по патологической анатомии: онлайн-версия и версия для использования на локальном компьютере. Онлайн-версия представлена набором HTML-страниц, интегрированных в корпоративную информационную систему КрСГМУ и доступна авторизованным пользователям в разделе «Учебные ресурсы». Версия для локального использования распространяется среди студентов на кафедре патологической анатомии в закрытом формате exe.

По итогам проведенного исследования мы пришли к заключению, что электронные учебные пособия вполне способны решить проблему недостатка учебной литературы, могут использоваться студентами как на самом занятии, так и во время внеаудиторных занятий параллельно с обыкновенными учебными пособиями, во многом дополняя их, что повышает эффективность образовательного процесса в ВУЗе.

ОСОБЕННОСТИ В СТРОЕНИИ ТАЗА ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. КРАСНОЯРСКА XVII–XVIII И XVIII–XIX ВЕКОВ

Подольяк О. В., Кудоманова А. Р., Падалко А. А., Хомищак Ю. Е.
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра гистологии и эмбриологии

Научные руководители: к.м.н., доц. Хапилина Е. А., асс. Стрелкович Н. Н.

При исследовании скелетной серии из погребений Покровского некрополя г. Красноярска, рамки функционирования, которого XVII – XVIII века, было обращено внимание на инфантильность в строении тазовых костей женского населения. Женщины того времени рано выходили замуж, рожали и воспитывали большое количество детей, вели домашнее хозяйство, занимались собирательством, работали на полях, владели разными видами ремесел. Большая часть женских скелетов (72%) из изученной серии относится к первому периоду зрелого возраста, а это значит, что женщины уходили из жизни в молодом возрасте. По полученным основным показателям физического развития, женщины того времени были узкоплечими, узкотазыми [2]. На тот период времени была также очень высокая детская смертность. Возникает множество вопросов: По какой причине была высокая детская смертность? Было ли это связано с анатомическими особенностями в строении таза у женщин города того времени, так как известно, что полость таза являетсяместищем для плода во время беременности?

Цель нашего исследования: изучение остеоскопических и остеометрических показателей костей таза женского населения г. Красноярска с учетом вектора времени (по материалам Покровского и Всехсвятского некрополей г. Красноярска).

Объектом для исследования явились кости таза женского населения г. Красноярска XVIII – XIX веков. При изучении скелетной серии (404 скелета) Всехсвятского некрополя была проведена их поло-возрастная идентификация. Из 224 скелетов взрослого населения города было выявлено 68 женских скелетов.

У 30 скелетов женщин исследовались обе тазовые кости, крестец и копчик, которые изучались с применением остеоскопических и остеометрических методов. Остеоскопический метод включал визуальную оценку качественного состояния костей таза: степень сохранности костей, массивность, выраженность рельефа в участках межорганных контактов [3]. Остеометрический анализ материала состоял в определении размеров таза по схеме Алексеева В.П., 1996 и включал изучение 64 показателей. Изучение костей таза начиналось с монтировки тазового кольца, путем ручной фиксации крестца и тазовых костей в вертикальном положении. Это достигалось путем сопоставления симфизальных и аурикулярных суставных поверхностей. Поэтому в исследовании принимали участие не менее трех человек. Полученные данные представлены в таблице 1.

Таблица 1

Остеометрические показатели костей таза женщин XVII – XVIII и XVIII – XIX веков (N=30)

	Изучаемые признаки	женское население XVIII-XIX в.в.		женское население XVII– XVIII в.в.	
		М	Σ	М	σ
1	Верхняя передняя ширина таза, см	21,64	2,37	22,69	0,388
2	Нижняя передняя ширина таза, см	17,73	1,68	17,59	0,465
3	Ширина таза между вертлужными впадинами, см	11,4	2,46	12,65	0,454
4	Длина запирающего отверстия, см	3,47	0,43	4,5	0,163
5	Ширина запирающего отверстия, см	2,08	0,58	3,56	0,192
6	Наибольшая ширина таза, см	24,46	2,24	25,4	0,535
7	Высота крыла подвздошной кости, см	9,81	0,78	9,21	0,23
8	Ширина крыла подвздошной кости, см	7,37	1,09	8,83	0,271
9	Ширина верхнего тазового отверстия, см	11,41	0,99	12,48	0,191
10	Ширина нижнего тазового отверстия, см	11,1	1,56	14,09	0,418
11	Истинная конъюгата, см	9,68	1,40	9,5	0,266
12	Высота таза, см	17,67	0,88	18,71	0,513
13	Высота подвздошной кости, см	10,89	1,0	12,57	0,58
14	Высота седалищной кости, см	5,24	1,06	7,5	0,214
15	Наибольший диаметр вертлужной впадины, см	3,83	0,61	4,89	0,191

При сравнении полученных данных, наибольшие различия в сторону увеличения значений остеометрических показателей характерны для костей таза женских скелетов Покровского некрополя, то есть, выявлены следующие показатели: наибольшая ширина таза, ширина крыла подвздошной кости, ширина нижнего тазового отверстия, высота таза, высота седалищной кости.

Таким образом, наблюдается уменьшение широтных размеров и высоты таза женского населения XVIII и XIX веков, что указывает на его грацилизацию. Исследования в данном направлении будут продолжены.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеев, В.П. Остеометрия. Методика антропологических исследований/ В.П. Алексеев.- М.: Наука, 1966 – 251 с.
2. Медведева, Н.Н. Закономерности изменчивости физического статуса и посткраниального скелета города Красноярска: Автореф. дис....д-ра мед. наук/Н.Н. Медведева. – Красноярск, 2004. – 36 с.
3. Федосова, В.Н. Общая оценка развития компонентов мезоморфии по остеологическим данным (остеологическая методика)/В.Н. Федосова//Вопр. антропологии.- 1986.-Вып. 76.-С. 104-116.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТОВАРИОЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ФИТОЭСТРОГЕННЫМ ПРЕПАРАТОМ КЛИМАДИНОН®

Позднякова Е. В.

Челябинская государственная медицинская академия
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
Научный руководитель: к.м.н., асс. Пешиков О. В.

Актуальность проблемы. Обычно половые гормоны оказывают на организм женщины благоприятное - стимулирующее и защитное действие на многие органы и системы - например, на работу сердечно-сосудистой системы, на кожу, кости, молочную железу. Вообще, весь организм женщины можно считать гормонозависимым. Неудивительно, что после резкого падения уровня половых гормонов в результате удаления яичников, работа всего организма резко изменяется. У 60-80% оперированных больных женщин после удаления яичников, независимо от наличия матки развивается так называемый постовариоэктомический синдром: ухудшается общее самочувствие, теряет упругость кожа, появляются и начинают прогрессировать многие заболевания. Симптомы начинают появляться обычно через 2-3 недели после операции, а достигают максимальной силы спустя 2-3 месяца. В первые 1-2 года преобладают нарушения тонуса сосудов, которые проявляются: приливами жара, повышенной потливостью, головными болями, колебаниями артериального давления, ознобами и сердцебиениями. Характерны также изменения в области психики и эмоционального состояния женщины. Возникают: раздражительность, беспокойство, бессонница или сонливость, депрессия, слабость, забывчивость, невнимательность, снижение полового влечения [1].

Принимая во внимание тяжелые последствия, возникающие у женщин после вынужденного удаления яичников, патогенетически обосновано восполнение дефицита эстрогенов путем проведения заместительной гормональной терапии (ЗГТ). При отсутствии противопоказаний ЗГТ назначается всем больным с хирургической менопаузой с патогенетической целью – достичь устранения вегетососудистых, психоэмоциональных и урогенитальных симптомов в послеоперационном периоде и обеспечить профилактику отдаленных последствий потери эстрогенов [2].

Достаточно часто встречаются состояния, при которых необходимо сделать выбор между ЗГТ или альтернативными методами лечения, например, фитоэстрогенами, которые положительно влияют на вегетативную и центральную нервную системы, уменьшая частоту и выраженность «приливов», снижая уровень тревожности и эмоциональной лабильности [3]. Среди фитопрепаратов заслуживает внимания Климадинон® – в составе которого представлен экстракт цимицифуги. Он обладает выраженными эстрогеноподобным эффектом.

Цель и задачи исследования: оценка эффективности лечения симптомов постовариоэктомического синдрома легкой степени фитопрепаратом Климадинон® производства компании Бионорика АГ, Германия в динамике.

Материалы и методы: для изучения нами были выбраны 15 женщин в возрасте от 46 до 55 лет с постовариоэктомическим синдромом легкой степени, не принимавших до обследования никаких препаратов для его коррекции. Все женщины находились в состоянии хирургической постменопаузы, длительность которой составляла не менее 1 года. Для определения степени выраженности постовариоэктомического синдрома, включающего оценку психоэмоциональных, обменно-эндокринных и нейровегетативных нарушений, использовали модифицированный менопаузальный индекс (ММИ) Куппермана, оценивая ответы в баллах. Для коррекции постовариоэктомического синдрома женщинам был рекомендован прием фитопрепарата Климадинон® по 15-20 капель 3 раза в день в течение 3 месяцев, с повторной оценкой ММИ Куппермана после третьего месяцев лечения.

В контрольную группу вошли 10 пациенток с постовариоэктомическим синдромом, так же с легкой степенью, которым было назначено плацебо в виде 500 мг Кальций-Д3 Никомед производства компании Nycomed Pharma (Норвегия) 1 раз в сутки. В данной группе проводилась аналогичная оценка индекса Куппермана. При обработке результатов ММИ Куппермана применяли метод Фишера.

Результаты исследования. Установлено, что у женщин с постовариоэктомическим синдромом легкой степени до лечения максимальное количество баллов составило 34, со средним значением ММИ Куппермана $23,20 \pm 8,44$. В основном женщины предъявляли жалобы на изменение нейровегетативного статуса – судороги, нарушение сна, отеки, потливость, головные боли, возбудимость, сонливость, непереносимость высокой температуры, сердцебиения, приливы; психоэмоционального – снижение аппетита, слезливость, навязчивость, неустойчивость настроения. Терапевтический эффект Климадинона® в динамике проводимого лечения выразился в следующем:

- на 2-3 неделе приема препарата все обследуемые женщины отметили значительное улучшение самочувствия;
- через три месяца – максимальное количество баллов уменьшилось в 4,3 раза (с 34 до 8) с достоверным снижением (t по Фишеру 5,74) среднего значения ММИ Куппермана (с $23,2 \pm 8,44$ до $2,5 \pm 2,67$), т.е. почти в девять раз так же по сравнению с исходным (табл.).

Как видно из таблицы наиболее значимые изменения произошли со стороны нейровегетативных и психоэмоциональных проявлений. Так, через три месяца произошло достоверное снижение непереносимости высокой температуры, снижения памяти, еще большее достоверное уменьшение частоты судорог, нарушений сна, повышенной потливости, улучшение либидо, полностью исчезли жалобы на отеки, головные боли, сердцебиения, приливы, повышенное АД, сухость кожных покровов, признаки удушья, утомляемости, навязчивых идей и слезливости.

Таблица

Степень выраженности нейровегетативных, метаболических и психоэмоциональных симптомов в баллах у женщин до и после лечения препаратом Климадинон®

Симптомы	Степень выраженности в баллах (M±σ)	
	Исходный n=15	Через 3 месяца n=14
нейровегетативные	14,4±5,3	0,33±0,62
судороги	1,4±0,83	0,08±0,28 *

нарушение сна	1,33±0,98	0,08±0,29 *
отечность	1,2±1,1	0
потливость	1,2±0,56	0,08±0,29 *
головные боли	1,13±0,64	0
возбудимость	1,07±0,88	0
сонливость	1,07±1,1	0
непереносимость высокой температуры	0,93±0,8	0,15±0,38 *
сердцебиение	0,93±0,7	0
приливы	0,93±0,26	0
повышенное АД	0,87±1,13	0
пониженное АД	0,6±1,06	0
вестибулопатии	0,53±0,74	0
сухость	0,53±0,64	0
гусиная кожа	0,4±0,74	0
экзофтальм	0,2±0,41	0
удушье	0,07±0,26	0
дермографизм	0	0
аллергия	0	0
симпатоадреналовые кризы	0	0
метаболические	1,87±1,73	1,13±1,25
ожирение	0,67±0,72	0,77±0,73
чувство жажды	0,47±0,64	0
боли в мышцах	0,4±0,63	0,08±0,28
тиреоидная дисфункция	0,33±0,49	0,31±0,48
атрофия гениталий	0,13±0,35	0,08±0,28
гиперплазия молочной железы	0,13±0,35	0,08±0,28
сахарный диабет	0	0
психоэмоциональные	6,93±3,35	0,73±1,22 *
либидо	1,2±0,77	0,46±0,66 *
утомляемость	1,13±0,74	0
настроение	1,07±0,88	0,15±0,38 *
навязчивость	1,07±1,03	0
снижение памяти	0,87±0,92	0,23±0,6 *
слезливость	0,8±0,86	0
снижение аппетита	0,8±1,01	0
Итого	23,2±8,44	2,5±2,67 *

* - достоверность по Фишеру $\geq 1,96$ (жесткий критерий Фишера) с исходным состоянием.

14 пациенток отметили хорошую переносимость препарата, и лишь у одной во время приема препарата появилась аллергическая реакция в виде сыпи на теле в конце третьей неделе приема препарата Климадинон® (как выяснилось позже, в детстве у пациентки отмечались подобные аллергические реакции на траву). В контрольной группе каких-либо достоверных изменений не отмечено.

Выводы: терапевтический эффект Климадинона® в лечении постовариоэктомического синдрома легкой степени зависит от длительности приема препарата и в основном этот эффект проявляется в нивелировании нейровегетативных и психоэмоциональных проявлений. Так достоверные изменения в состоянии больных достигают максимального эффекта к концу третьего месяца лечения. При этом практически отсутствует положительное влияние Климадинона® на метаболические нарушения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белоцерковцева Л.Д., Коваленко Л.В., Корнеева Е.В. и др. Клинические и метаболические проявления постовариоэктомического синдрома у женщин репродуктивного и перименопаузального периодов // Вестник Санкт-Петербургского университета. Научно-теоретический журнал. – Март 2008. – С. 97-111.
2. Верба Л.Н. Заместительная гормональная терапия при хирургической менопаузе и качество жизни женщины // Дунайский медицинский вестник. – 02.2007. – с. 37
3. Вихляева Е. М. Постменопаузальная терапия. Влияние на связанные с менопаузой симптомы, течение хронических заболеваний и качество жизни / Е. М. Вихляева. – М.: Медпресс-информ, 2008. – 448 с.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВЕРИФИКАЦИИ ЭТИОЛОГИИ ПЛЕВРИТОВ

Полоян С. С.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра хирургических болезней № 2***Научные руководители: д.м.н., проф. Черданцев Д. В., асс. Арутюнян А. В.**

Частота плевритов с структуре заболеваемости колеблется от 3.8% до 25%. [2, 3, 4, 5]

Основными заболеваниями, вызывающими плевриты, являются: туберкулез (40-65%), неспецифические заболевания легких (17.9%), рак (15%) [3]. Известно более 50 этиологических факторов приводящих к плевритам [3]. По данным разных авторов сроки выявления заболеваний плевры составляют от 14 до 50 дней [3, 6]. Основной причинной столь продолжительного рентггеннегативного периода является отсутствие четкого диагностического алгоритма.

В течении длительного времени основным методом диагностики плевритов являлся рентгенологический [3, 6].

Британским Торакальным Обществом предложен алгоритм диагностики у больных с плевральным выпотом неясной этиологии [6]

Так при подозрении на плевральный выпот должна выполняться рентгенограмма в прямой и боковой проекциях [2, 3, 6]. Рентгенологические признаки плевральных выпотов общеизвестны: наличие уровня жидкости, меняющиеся в зависимости от положения больного и количества выпота, от частичного до тотального; исчезновение четкой границы купола диафрагмы на стороне поражения, утолщение междолевой щели; сглаживание реберно-диафрагмального синуса; обнаружение дополнительных теней очагов в легких и средостении; смещение средостения. Минимальное количество выпота, выявляемое на прямой рентгенограмме составляет 200 мл, на боковой 50 мл.

Компьютерная томография превосходит по информативности обычную рентгенографию органов грудной клетки при проведении дифференциальной диагностики патологии плевры и легочной паренхимы. КТ – семиотика выпота характеризуется образованием вытянутой формы с гладкими контурами и гомогенной структурой. Компьютерная диагностика помогает в дифференциальной диагностике злокачественного и доброкачественного поражения плевры, а также используется для определения размеров и расположения ограниченного выпота. Наиболее целесообразно выполнять компьютерную томографию с контрастированием до того как плевральный выпот будет удален, т.к. в этом случае изменения плевры лучше визуализируются.

В последние годы появились работы, указывающие на эффективность ультразвукового сканирования в диагностике плевритов неясной этиологии [6]. Ультразвуковой контроль позволяет точно интерпретировать данные о плевральном выпоте, оценить локализацию скопления жидкости визуализировать фиброзные перемычки, обеспечивает точное наведение иглы при торакоцентезе и мониторинг эффективности проводимого лечения. Минимальный объем жидкости, выявляемый при УЗИ, составляет 10 мл. Вместе с тем, сонографическая картина плевральной жидкости не патогномонична и не позволяет дифференцировать злокачественный экссудат от доброкачественного.

Компьютерная томография грудной клетки с контрастным усилением у больных с плевральным выпотом позволяет выявить локальные изменения плевры, получить биоптат из измененного участка плевры, особенно в тех случаях, когда невозможно выполнить торакоскопию. Под лучевым контролем можно вполне безопасно получить биоптаты из зон располагающихся ближе к средостению и диафрагме, что нередко наблюдается при злокачественном поражении плевры

К инвазивным исследованиям относятся чрезкожная биопсия плевры, эксцизионная биопсия плевры, торокоскопия, бронхоскопия. Биопсия является едва ли не единственным методом, позволяющим установить точный морфологический диагноз при ряде заболеваний, сопровождающихся накоплением жидкости в плевральной полости. Чрезкожная биопсия плевры должна выполняться в современных условиях под Имидж-контролем (УЗИ, КТ). [6]

Гистологическое исследование биоптатов плевры, с применением рутинных методик окрашивания, включая окраску гематоксилином и эозином, а также по Ван-Гизону пикрофуксином, позволяет высказаться в пользу присутствия или отсутствия опухолевого роста в представляемых препаратах, заподозрить злокачественную природу процесса, исключить специфический воспалительный процесс (туберкулез, саркоидоз и т.д.). Однако, при всех своих преимуществах, данная методика не позволяет высказаться о гистогенезе опухолевых клеток и уточнить органопринадлежность. Т.е. первичный очаг опухолевого роста остается не верифицированным. К настоящему моменту существует ряд методик позволяющих говорить о природе опухолевого роста, к последним относят иммуноцитохимические методы исследования, генетическое исследование, иммуногистохимическое исследование в различных его модификациях. Последний метод представляется одним из наиболее применимых в практической деятельности, при своей относительной низкой стоимости. Следует отметить, что применение данной методики позволяет практически во всех случаях и за короткий срок поставить окончательный морфологический диагноз с указанием, гистогенеза опухоли, органопринадлежности, злокачественного потенциала, пролиферативной активности, особенностей иммунофенотипа позволяющих выбрать оптимальным метод и режим таргетной терапии. Применение последней позволяет не только повысить эффективность применяемых в клинике методов лечения, но и сократить в конечном итоге среднюю продолжительность пребывания пациента в стационаре. Именно в этой связи в своей работе мы применили метод иммуногистохимической диагностики опухолей с применением высокочувствительной полимерной системы детекции.

На базе краевой клинической больницы мы применили метод иммуногистохимической диагностики препаратов полученных методом открытой и пункционной биопсии под имидж-контролем. Всего было проведено 20 исследований, в результате были получены следующие данные:

№ /	год	№ истории болезни	Дата операции	№ гистологии
1.	2007	25408	16.11.2007 открытая биопсия плевры	5652 срез париетальной плевры с ростом опухолевых клеток
2.	2007	5413	06.03.2007 щипцевая биопсия опухоли	14145-47 Недефференцированный крупноклеточный рак

3.	2007	22265	05.10.2007 торакоскопия	57391-97 опухолевая ткань, метастатического происхождения, низкодифференцированной злокачественной опухоли
4.	2007	4039	15.11.2007 ФБС	09187-92 плоскоклеточный рак с тенденцией орогованию
5.	2006	7882	28.04.2006 торакоскопия	28354-61 картина злокачественной эпителиальной опухоли
6.	2006	2536	02.02.2006 торакоскопия	26383-84 Mts железистого рака с участками перстневидноклеточного строения
7.	2006	2681	02.02.2006, 07.02.2006- торакоскопия	06385-87 группы клеток с гиперхромными полиморфными ядрами, подозрительные в отношении опухолевых 07235 умереннодифференцированный плоскоклеточный рак
8.	2006	2644	07.01.06 – биопсия плевры, 07.03.резекция S3	07143-44 неспецифическое воспаление 14054-70 очаг некроза типа инфаркт, с умеренной воспалительной инфильтрацией
9.	2006	18373	07.08.2006 торакоскопия	51612-13 фрагменты фиброзной ткани с расстройствами кровообращения, наличием пласта клеток подозрительных в отношении опухолевых
10.	2006	21776	21.09.2006 Биопсия пахового л/у	61537-45 железистый рак
11.	2006	23392	12. 10. 2006 открытая биопсия плевры	65452-54 комплексы клеток с гигантскими ядрами, подозрительные в отношении опухолевых, очаговая лимфоидная инфильтрация
12.	2005	8052	29.05.2005 открытая биопсия плевры I	29360-32 картина злокачественной эпителиоидной опухоли, метастатического характера
13.	2005	9357	12.05.2005 пункционная биопсия простаты	31736-41 строение смешанной мелкоацинарной аденокарциномы; индекс Глиссона 9-10 баллов, что соответствует раку низкой степени дифференцировки

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Богущ Л.К., Жарахович И. А. Биопсия в пульмонологии. – М.: Медицина, 1977. – 240 с.
2. Власов П.В. Лучевая диагностика плеврита // Медицинская визуализация. – 2004. - №3. – С. 54 – 64
3. Добровольский С.Р., Белостоцкий А.В. Диагностика и лечение экссудативного плеврита // Хирургия. – 2002. - №3. – С. 52 – 57.
4. Лайт Р.У. Болезни плевры: Пер. с англ. – М.: Медицина, 1986. – 376 с.
5. Лотов А.Н., Успенский Л.В. и др. Ультразвуковое исследование в дифференциальной диагностике плевритов
6. Маскелл Н.А., Бутланд Р.Дж.А. Рекомендации Британского Торакального общества (BTS) по обследованию взрослых с односторонним плевральным выпотом // Пульмонология. – 2006. - №2. – С. 13 – 26
7. Петровичев Н. Н., Основные направления в патологоанатомической диагностике опухолей человека/ Н. Н.Петровичев // Вестник Российской Академии медицинских наук. -2001. -N 9. - С.33-38

УДК 612.83+797.2

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРЕДНИХ И БОКОВЫХ РОГОВ СПИННОГО МОЗГА БЕЛЫХ КРЫС В НОРМЕ И ПРИ ЗАНЯТИЯХ ПЛАВАНИЕМ

Пономарев Г. В.

Омская государственная медицинская академия

Сибирский государственный университет физической культуры

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии, кафедра анатомии и физиологии

Научные руководители: к.м.н., асс. Шаповалова В. В., к.б.н., доц. Корнякова В. В.

Кинезотерапия и, в частности, плавание является одним из средств реабилитации пациентов с нарушениями опорно-двигательного аппарата [5]. Адаптация к физическим нагрузкам при мышечной деятельности во всех случаях представляет собой реакцию всего организма, но специфические изменения в разных функциональных системах могут быть выражены в разной степени. Особый интерес представляет изучение ответной реакции нервной системы, так как именно в ней развиваются первые приспособительные изменения. Нейроны передних и боковых рогов спинного мозга выполняют разную функцию: мотонейроны обеспечивают передачу эфферентной информации на скелетные поперечно-полосатые мышцы, нейроны промежуточной зоны образуют центры вегетативной нервной системы [6]. В литературе накоплен материал об изменениях в нейронах передних рогов спинного мозга при различных физических нагрузках [1,2,4], однако работ, посвященных реорганизации цитоархитектоники боковых рогов практически нет.

Целью исследования явилось изучение особенностей структурно-функциональной организации передних и боковых рогов спинного мозга при занятиях плаванием.

Материал и методы. Объектом изучения стали 10 белых крыс самцов массой 200 грамм. Контрольная группа включала интактных наркотизированных крыс (n=5), группа сравнения — животных, которые плавали в бассейне 60 45 см через день в течение 35 суток по 3-5 мин. По окончании эксперимента спинной мозг фиксировали в 10% нейтральном формалине, заливали в парафин, срезы на уровне нижнего шейного (С4-7) и верхнего грудного (Т1-4) отделов толщиной 7 мкм окрашивали тионином по методу Ниссля [8]. При увеличении 400 подсчитывали численную плотность нейронов и глиоцитов на 1мм², количество нормохромных, гиперхромных сморщенных и несморщенных и гипохромных нейронов. Среди нейронов выделяли свободные клетки и контактирующие с глиоцитами. Среди глиальных клеток различали свободные и сателлитные. Рассчитывали нейро-глиальный индекс (НГИ) как отношение общего числа глиоцитов к общему количеству нейронов.

Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы «Statistica 6,0». В связи с отличием распределения признаков от нормального использовали непараметрический двухвыборочный критерий Колмогорова-Смирнова для независимых выборок. Для установления взаимосвязи между показателями использовали коэффициент корреляции Спирмена. Данные представлены как Me Q. Различия считались достоверными при p<0,05.

Результаты. В контрольной группе животных передние и боковые рога имели симметричную организацию (табл. 1). В них преобладали гиперхромные несморщенные (40-50%) и нормохромные (16-25%) нейроны. Большинство нейронов были свободными, только 15-17% гиперхромных нейронов и около 25% нормохромных мотонейронов контактировали с сателлитными глиоцитами, что согласуется с данными других авторов [9]. В боковых рогах также преобладали свободные глиальные клетки, в среднем на один нейрон приходилось 2 глиоцита. Подобная организация нейро-глиальных ансамблей свидетельствует о достаточно низкой активности нейронов в обычных условиях жизнедеятельности животных [7].

Таблица 1

Морфометрическая характеристика нейрональной и глиальной популяции передних и боковых рогов спинного мозга в норме ($M \pm Q$)

Показатель	Передние рога		Боковые рога	
	Правая половина	Левая половина	Правая половина	Левая половина
Общая численная плотность (ЧП) нейронов/мм ²	149,3±44,2	132,7±33,2	110,6±16,6	110,6±33,2
ЧП сморщенных нейронов/мм ²	22,1±11,1	22,1±13,8	11,1±5,5	11,1±11,1
ЧП гиперхромных нейронов/мм ²	77,4±27,6	66,4±22,1	55,3±16,6	44,2±16,6
ЧП нормохромных нейронов/мм ²	33,2±19,4	33,2±11,1	22,1±16,6	22,1±5,5
ЧП гипохромных нейронов/мм ²	22,1±30,4	22,1±16,6	22,1±11,1	22,1±16,6
Общая ЧП глиоцитов/мм ²	353,9±163,1	320,7±201,8	254,3±110,6	287,5±71,9
ЧП свободных глиоцитов/мм ²	276,5±171,4	304,1±176,9	243,3±99,5	254,3±66,6
ЧП сателлитных глиоцитов/мм ²	33,2±22,1	33,2±24,9	22,1±16,6	22,1±16,6
Нейро-глиальный индекс	2,2±0,7	2,2±1,4	2,2±0,9	2,6±0,1

В передних рогах выявлена средней степени положительная корреляционная связь между общей численной плотностью нейронов и количеством сателлитных глиоцитов ($r=0,63$, $p<0,0001$) и сильная – с числом гиперхромных несморщенных нейронов ($r=0,78$, $p<0,0001$). Доля нормохромных нейронов зависит от числа сателлитных глиальных клеток ($r=0,52$, $p<0,001$). В боковых рогах взаимосвязь между нейрональной и глиальной популяциями была выражена слабо. Отмечалась зависимость общей численной плотности нейронов от количества нормохромных свободных клеток ($r=0,52$, $p<0,001$).

В группе сравнения наблюдалась значительная реорганизация цитоархитектоники изученных отделов спинного мозга (табл. 2). Отмечалось небольшое снижение общей численной плотности нейронов и значительное снижение количества глиальных клеток, преимущественно за счет свободных глиоцитов. В нейрональной популяции в 2-3 раза возрастает доля гипохромных клеток, что свидетельствует об увеличении их функциональной активности [3].

В этой группе животных в передних рогах спинного мозга была установлена зависимость общей численной плотности нейронов от общего количества глиоцитов ($r=0,56$, $p=0,003$) и от доли сателлитных глиальных клеток ($r=0,5$, $p=0,006$). В боковых рогах выявлена взаимосвязь между общей численной плотностью нейронов и нейро-глиальным индексом ($r=0,73$, $p<0,001$), а также с количеством гипохромных нервных клеток ($r=0,59$, $p=0,006$).

Таблица 2

Морфометрическая характеристика нейрональной и глиальной популяции передних и боковых рогов спинного мозга после плавания ($M \pm Q$)

Показатель	Передние рога		Боковые рога	
	Правая половина	Левая половина	Правая половина	Левая половина
Общая численная плотность (ЧП) нейронов/мм ²	88,5±22,1*	110,6±16,6*	77,4±24,9*	66,4±22,1
ЧП сморщенных нейронов/мм ²	22,1±16,6	22,1±16,6	16,6±19,4	22,1±16,6
ЧП гиперхромных нейронов/мм ²	11,1±16,6***	33,2±22,1***	0,0±11,1***	0,0±11,1*
ЧП нормохромных нейронов/мм ²	11,1±16,6	11,1±16,6**	16,6±11,1	16,6±16,6
ЧП гипохромных нейронов/мм ²	22,1±16,6	38,7±27,6*	27,6±16,6	33,2±16,6
Общая ЧП глиоцитов/мм ²	160,3±44,2***	193,5±49,8*	154,8±38,7***	143,8±24,9***
ЧП свободных глиоцитов/мм ²	138,2±27,6***	165,9±33,2*	138,2±27,6*	138,2±24,9***
ЧП сателлитных глиоцитов/мм ²	22,1±5,5*	22,1±11,1	22,1±8,3	11,1±11,1*
Нейро-глиальный индекс	1,6±0,5	1,7±0,5	2,0±0,5	1,9±0,3

Примечание: * - наличие статистически значимых различий с контрольной группой (* - $p<0,05$, ** - $p<0,01$, *** - $p<0,001$), Критерий Колмогорова-Смирнова

Таким образом, передние и боковые рога в норме имеют симметричную организацию цитоархитектоники. Нейроны находятся в малоактивном состоянии, о чем свидетельствует высокая доля гиперхромных нейронов и малое число сателлитных глиоцитов. Это может быть связано с низкой физической активностью животных при их содержании в условиях вивария. Небольшая физическая нагрузка ежедневным плаванием на протяжении 35 суток приводит к увеличению функциональной активности нейронов, проявляющейся гипохромией нейронов и в левой, и в правой половине спинного мозга. Реорганизация нейроглиальных взаимоотношений в передних и боковых рогах носит однонаправленный компенсаторно-приспособительный характер.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гейнисман Ю.Я. Структурные и метаболические проявления функции нейрона. - М.: Наука, 1974. - 208 с.
2. Герус А.И. Морфологическая характеристика двигательных нейронов спинного мозга в условиях физической нагрузки до предела // Архив анатомии, гистологии и эмбриологии. - 1985. - Т.139, №11. - С. 18-26.
3. Коломеец В.Н. Пластический обмен в нейронах при их изменениях по гипохромному типу / В.Н. Коломеец, В.П. Клешинов // Арх. анатомии, гистологии, эмбриологии. - 1990. - №98 (6). - С. 30-38.
4. Кочетков А.Г., Эрастов Е.Р. Структурная перестройка элементов пирамидной, экстрапирамидной систем и сегментарного аппарата спинного мозга при воздействии индивидуально дозированных двигательных нагрузок // Морфологические ведомости. - 2002. - №3-4. - С. 18-22.
5. Куликов М.П., Кочунова О.Я., Иванова Л.В. и др. Комплексная программа кинезотерапии в реабилитации больных травматической болезнью спинного мозга // Материалы II международного конгресса «Восстановительная медицина и реабилитация» - М., 2005. www.expdata.ru
6. Оленев С.Н. Конструкция мозга. - Л.: Медицина, 1987. - 208 с.
7. Орловская Д.Д., Клешинов В.Н. Нейрон в гиперхромном состоянии // Журнал неврологии и психиатрии. = 1986. - Т.86, №7. - С. 981-987.
8. Семченко В.В. Гистологическая техника. - 3-е изд. / В.В. Семченко, С.А. Барашкова, В.Н. Артемьев. - Омск: Омская медицинская академия, 2006. - 152 с.
9. Савро В.А. Сравнительно – морфологический аспект формирования макроглиального окружения моторных нейронов спинного мозга / В.А. Савро // Морфология. - 1996. - №6. - С. 55- 59.

УДК 597 (285.2) (571.5)

ИССЛЕДОВАНИЕ НЕЙРОГЛИАЛЬНЫХ ПОПУЛЯЦИЙ ИНТЕГРАТИВНЫХ ЦЕНТРОВ НЕКОТОРЫХ ВИДОВ ПРЕСНОВОДНЫХ РЫБ ЭКОЛОГИЧЕСКИ ЧИСТЫХ ОЗЕР ВОСТОЧНОЙ СИБИРИ

Попайте М. В., Калиманова Д. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра биологии с экологией и курсом фармакогнозии*

Научные руководители: д.б.н., доц. Орлянская Т. Я., асс. Крупкина В. С.

Актуальность. Критериями морфофункциональной адаптации представителей костных рыб к определенным условиям среды является структурная организация нейронных популяций в ведущих отделах мозга - среднем мозге и мозжечке. Ихтиопсидный тип мозга низших позвоночных животных - рыб, является результатом преобразований структурной организации среднего мозга и мозжечка. Совершенствование функций мозжечка отражает сложный исторический процесс и указывает на высокую адаптируемость этой структуры мозга к требованиям, предъявляемым средой обитания. Оценка лабильности морфометрических показателей на уровне эфферентных нейронных популяций этой структуры мозга открывает возможности оценки диапазона приспособительных перестроек мозжечка на популяционно-клеточном уровне в условиях глобального изменения климата и антропогенного воздействия.

Цель исследования: оценить вариабельность количественных и качественных параметров в популяциях нейронов ганглиозного слоя мозжечка рыб, обитателей экологически чистых озер Восточной Сибири.

Задачи исследования: 1. Проанализировать локализацию клеток Пуркинье и плотность распределения клеток в популяциях ганглиозного слоя мозжечка, представителей Костистых рыб хариуса и омуля, обитателей экологически чистых озер Восточной Сибири. 2. Провести анализ расположения клеток Пуркинье и плотность их распределения в популяциях ганглиозного слоя мозжечка, представителей Костистых рыб хариуса и омуля, обитателей экологически чистых озер Восточной Сибири. 3. Оценить линейные параметры клеток Пуркинье в нейронных популяциях ганглиозного слоя изученных представителей Костных рыб.

Материалы исследования: В работе использован головной мозг от 2 видов животных (36 особей), относящихся к классу Костные рыбы, обитающие в экологически чистых озерах Восточной Сибири (оз. Агульское и оз. Байкал), занимающие сходные экологические ниши.

Объектом исследования служил мозжечок рыб, регулирующий и координирующий движение в водной среде. Исследованы нейронные популяции ганглиозного слоя, представленные клетками Пуркинье (КП), выносящими информацию за пределы этого отдела мозга. Для дифференцировки структур использованы атласы и лабораторные руководства.

Методы исследования: Нейронные популяции изучали на фронтальных срезах мозжечка, окрашенных тионином по Нисслю. Для снятия цифровой информации с гистологических препаратов на светооптическом уровне использовали ручную морфометрию. Вычисляли плотность распределения нейронов на единицу площади (1 мм²) используя вариант микрометрических сеток.

Цифровой материал обработан статистически с использованием параметрического t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования: У изученных представителей костистых рыб – омуля и хариуса клетки ганглиозного слоя беспорядочно разбросаны только среди структур молекулярного слоя. Молекулярный слой занимает значительную часть мозжечка, беден клеточными элементами, зернистый слой занимает центральную часть структуры.

У хариуса - обитателя оз. Агульское выявлены самые крупные КП. Для других видов, обитающих в оз. Байкал – хариус и омуль - выявлены нейроны средних размеров.

Выводы:

1. У изученных видов костистых рыб нейроны ганглиозного слоя мозжечка характеризуются разным уровнем упорядоченности и располагаются аморфно, с разной степенью смещения в близлежащие слои.

2. Ярко выражен полиморфизм в отношении разнообразия размеров клеток в пределах популяций каждого изученного вида рыб: характерно наличие как крупных клеток (для хариуса, обитающего в оз. Агульское), так и более мелких клеток (хариус и омуль, обитающие в оз. Байкал).

Таким образом, выявленная вариабельность морфометрических показателей, показывает, что у хариусов, обитателей оз. Агульское, изученные характеристики выше, чем у обитателей костистых рыб того же вида, обитающих в оз. Байкал. Возможно, специфика морфологии нейронов мозжечка изученных видов рыб, их вариабельность связана с экологической ситуацией на данных озерах. Воды озера Агульское, находящееся в Восточных Саянах, является более экологически чистым, чем воды оз. Байкал, т.к. меньше подвергается антропогенному воздействию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Автандилов Г.Г. Медицинская морфометрия. – М.: Медицина, 1990. – 348с.
2. Андреева Н.Г., Обухов Д.К. Эволюционная морфология нервной системы позвоночных. – 2-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Лань, 1999. – 384с.
3. Карамян А.И. Функциональная эволюция мозга позвоночных. – Л.: Наука, 1970. – 304с.
4. Константинов В.М., Наумов С.П., Шаталов С.П. Зоология позвоночных. – М., 2000, 480с.
5. Курепина М.М., Павловский Е.Н. Строение мозга раб в связи с условиями их обитания // Изв. АН СССР. Сер. Биол. - 1947. - № 1. – С. 5 – 56.
6. Никольский Г.В. Частная ихтиология.-М.: Высшая школа, 1971.-472с.
7. Орлянская Т.Я. Пластичность нейронных популяций коры и подкорковых образований мозжечка в филогенезе позвоночных. Автореф. ...докт. биол. наук.-Томск, 2004.-47с.
8. Платонов А.Е. Статистический анализ в медицине и биологии. – М.: Из-во РАМН, 200. – 51с.
9. Сепп Е.К. История развития нервной системы позвоночных. – М.: Медгиз, 1959. – 422с.

УДК 61(091)(510)

ТРАДИЦИОННАЯ МЕДИЦИНА ДРЕВНЕГО КИТАЯ

Попов В. Г., Панковская В. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения*

Научный руководитель: к.м.н. Козлов В. В.

О возникновении медицины Древнего Китая в середине III тысячелетия до н.э. рассказывают легенды и летописи. Методы лечения, разработанные китайскими врачами, оказали влияние на медицину Японии и Кореи, Тибета и Индии. Учение о жизненных каналах и активных точках на поверхности тела человека является одной из основ рефлексотерапии – современного метода диагностики и лечения болезней. Актуальностью данной проблемы является то, что ученые и врачи современности все меньше и меньше прислушиваются к советам древнекитайских мудрецов. Цель нашей работы – изучение и знакомство с медициной Древнего Китая. На наш взгляд медицина Древнего Китая является совершенной, по сравнению с другими.

Искусство врачевания в Древнем Китае, как и в других странах, включало в себя знания о множестве лекарственных средств растительного и животного происхождения. Китайская традиционная медицина представляет собой удивительно целостное и, самое главное, до сих пор живое наследие прошлого. В отличие от других традиционных медий, китайская, имеет огромную специальную литературу и сохраняется до настоящего времени в виде живой традиции передачи знаний от учителя к ученику. Один из наиболее знаменитых классических трудов древней китайской медицины - “Хуанди Нэй-цзин” (“Трактат о внутреннем”), написанный за 2 тысячи лет до нашей эры, состоит из 18 огромных томов и долгие века служит руководством ко всему комплексу теоретических и практических вопросов медицины.

По оценкам специалистов, китайская традиционная медицина имеет более 20 тысяч рукописных трудов, накопленных за несколько тысячелетий. Она имеет ценный опыт лечения самых разнообразных заболеваний и сыграла огромную роль в борьбе многих поколений против тяжелых недугов. В Китае были сделаны открытия, которые на много столетий опередили открытия врачей Европы. Например, о важнейшем значении пульса, иглоукалывание и прижигание.

В Китае народные врачи, прежде чем начинать самостоятельную лечебную практику, проходили обучение сроком до 15 лет, а то и более. Их учителями были старые опытные медики и древние манускрипты. Таким образом, шло обучение народных врачей в древности. Так же оно идет в Китае и сейчас. Передача исторически накопленного опыта шла из поколения в поколение путем непосредственного обучения у постели больного.

На наш взгляд именно китайская традиционная медицина, как одна из древнейших медицинских систем прошлого, значительно повлияла на формирование медицинских воззрений других цивилизаций Древнего Мира, которые находились в тесном контакте с Китайской Империей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Грэй Д. Г. История Древнего Китая: Перевод с английского Центрполиграф. 2006, с. 606.
2. А.Фанталов. История Древнего Китая: Всемирная история : Физмат РГУ им. И. Канта. 2003.
3. Федоров И. А. “Древние цивилизации”. М., 2005.

УДК 616-053.5:159.9

ВЛИЯНИЕ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ К ЧАСТО БОЛЕЮЩИМ ДЕТЯМ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Попов В. Г.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра психологии и педагогики с курсом медицинской психологии, психотерапии и педагогики ПО*

Научный руководитель: Вишнякова Н. Н.

В жизни современного человека психосоматические расстройства случаются все чаще. И это неудивительно, так как сейчас, факторов, ведущих организм к стрессовому состоянию, предостаточно. К ним относятся внезапная болезнь, развод, смерть близкого человека, увольнение с работы и многое другое. Если стресс и депрессия у человека переходят в тяжелые формы, то велика вероятность того, что в скором времени к ним добавятся и психосоматические заболевания. В настоящее время все чаще и чаще мы встречаем психосоматические заболевания не только у взрослых, но и у детей. Для того чтобы предотвратить психосоматическое заболевание, прибегают ко многим методикам для решения данной проблемы. Одной из таких методик является ортобиоз. Используя данный метод, мы провели ряд опросов и анкетирования.

Цель данного опроса – выяснить понимание и соблюдение родителями здорового образа жизни. При обработке анкет мы провели следующий анализ на определение ортобиоза по двум категориям: идеального представления об ортобиозе и реального соблюдения факторов ортобиоза. Ортобиоз – это умение жить разнообразной, умеренной и активной жизнью.

Технология ортобиоза представляет собой как фактор социального здоровья. Благодаря этому методу можно определить, как именно живет семья, и помогает ответить на такие вопросы: заботится ли семья о своем здоровье, на сколько развита их двигательная активность, соблюдает ли семья рацион. Все это охватывает метод ортобиоза. Результаты данного опроса показали, что из 25 опрошенных нами семей, 7 из них ведут здоровый образ жизни. На наш взгляд данная цифра показывает фактический социальный уровень населения, что представляет собой высокий риск возникновения того или иного заболевания.

Я рекомендую каждому взрослому человеку прислушаться к нашему мнению, для того, чтобы у каждого из них были здоровые и счастливые семьи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анискин Д.Б., Психологический стресс и соматические расстройства, -М. Links, 2004 г.
2. Доценко Е.П. Психология манипуляции: феномены, механизмы и защита. М., 1997

ББК 87+60.5

О ВОСТРЕБОВАНИИ НЕКОТОРЫХ ИДЕЙ КОНФУЦИЯ

Попов В. Г.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра философии, этики, эстетики и медицинской деонтологии с курсом политической социологии*

Научный руководитель: к.ф.н. доц., Комова Н. В.

Обсуждая проблему образования, мы обращаемся к истории, находим в прошлом ответы на многие вопросы, актуальные для людей, людей, живущих в 21 веке. «Нет ничего лучше, чем следовать древним» - говорил Конфуций своим ученикам. Он создал первую в мире школу, «школу служилых людей», и обучали будущих государственных чиновников.

В Китае грамотность была привилегией правящих верхов, и учащийся с самого начала готовился к карьере служилого человека – чиновника, военачальника, царедворца. Во всяком случае, государственная служба во все века считалась в Китае единственно достойным грамотного человека делом. В эту эпоху появились первые публичные школы, и это новшество, кажется, можно поставить в один ряд с другими великими изобретениями китайцев вроде компаса, бумаги, пороха или экзаменов на чин. Позже у Конфуция появилась своя школа, где он выучит, по данным историков, около трех тысяч человек. Из них семьдесят учеников “прославились в мире”. Конфуций обучал своих учеников этическим нормам, правилам поведения. Поэтому долг Учителя – быть столь же уважительным и преданным ученикам, насколько почтителен и преданным его ученики.

Он знал и самое могучее средство завоевать преданность учеников: самоотверженно служить своим идеалам. Разве не показал он своей жизнью, как можно добиться почета и славы не наследственными правами и лестью, а единственно усердием, честностью, талантом, любовью к учению? Конфуций первым стал учить других самым трудным, но и самым благородным способом – собственной жизнью:

“Расширять познания, не хвастаясь перед другими, прилежно учиться, не чувствуя усталости, наставлять других, не зная разочарований, - это дается мне без труда”

Мы глубоко убеждены, что в программу нашего школьного образования необходимо ввести некоторые элементы: культ предков (уважение родителей, учителей), стремление сформировать из ученика благородного мужа, умение согласовывать свои личные интересы с интересами общества, сделать человечность (одну из основных категорий китайской культуры), основой межличностных отношений и всех видов деятельности

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Маливин В. Конфуций. – М.: Солодая гвардия, 1992.
2. Переломов Л.С. Конфуций: жизнь, учение, судьба. – М.: Наука, 1993.

УДК 616-002.5/.592-036-036.2

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Попов С. А., Васин Д. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра туберкулеза с курсом ПО*

Научный руководитель: асс. Тычкова И. Б.

Генерализованный туберкулез – это своеобразная по своему патогенезу и клиническим проявлениям форма заболевания, возникновение и течение которой связаны с распространением микобактерий туберкулеза гематогенным путем (6).

В последнее десятилетие наблюдается увеличение числа больных с тяжелыми и остро прогрессирующим течением туберкулеза легких. При этом участились поражения других органов: менингеальных оболочек, туберкулез гортани, бронхов, диссеминация в периферические лимфоузлы, печень, почки, плевральную и перитонеальную оболочки.

По данным авторов (2). Наиболее тяжелое течение отмечено у лиц молодого возраста (72.7% больных в возрасте 23-32 года), либо стариков (27.3% пациентов в возрасте 65-77 лет). Изменения со стороны периферической крови при наиболее тяжелом варианте течения генерализованного туберкулеза были представлены снижением уровня гемоглобина и ускорением СОЭ в сочетании с отсутствием лейкоцитоза в 100% случаев. Особенностью течения генерализованного туберкулеза в настоящее время является полиорганное поражение с 4-5 локализациями, наличием диссеминации в легких, чаще острой, туберкулез лимфатических узлов различной локализации и умеренные изменения в периферической крови, либо полным отсутствием последнего признака. Указанный вариант течения чаще наблюдается у больных молодого или старческого возраста. При анализе комплексного обследования больных генерализованным туберкулезом, выявленных

в 2004-2005 гг в ПТКД №4 г. Москвы, туберкулез органов органов дыхания обнаружен у всех больных, в том числе милиарный перикардит, туберкулез кишечника, хореоритинит, туберкулез печени, селезенки, пищевода, периферических лимфоузлов. Наиболее тяжелому течению сопутствовало диссеминированное поражение легких с одновременным наличием 3-4 внелегочных локализаций специфического процесса.

В доантибактериальную эру больные с диссеминированными процессами туберкулеза считались обреченными. Однако в настоящее время, даже при своевременном выявлении и начале лечения туберкулеза исход нередко бывает благоприятным.

Целью работы: изучение причины развития и клинических проявлений генерализованных форм туберкулеза, на примере курируемых нами больных.

Задачи работы:

- Изучить особенности клинических проявлений генерализованного туберкулеза в современных условиях;
- Проанализировать своевременность диагностики туберкулеза у наблюдаемых нами больных;
- Вскрыть причины несвоевременного выявления туберкулезного процесса.

Мы проводим клинические случаи развития генерализованных форм туберкулеза, где первичным явились: 1.Туберкулез кожи; 2. Туберкулез мочеполовой системы, а так же случай распространения туберкулеза на кожу перианальной области у больного социально неадаптированного, страдающего туберкулезом легких с 2001 г.

Схема:

1. Больной: Ш.

• D/s: Диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада. МБТ (+). ДН II, СН II Туберкулез кожи перианальной области

• Поступил: 8.12.2008.

• Жалобы: на боли, мокнутье и зуд кожи перианальной области

• Анамнез жизни: Родился 13.12.1972 в г. Лесосибирск. Рос и развивался соответственно паспортному возрасту. Полное среднее образование. Работал в навигации. ЧМТ и хронические заболевания отрицает. В 1986 оперирован по поводу эпителиально-копчикового хода. Онко-, вен. Заболевания и гепатиты отрицает. Из вредных привычек курит в течение 12 лет, спиртным не злоупотребляет.

• Анамнез заболевания: По поводу заболевания впервые обратился на основании флюорографического исследования в январе 2001г. На основании освидетельствования ВТК была поставлена II гр. инвалидности. Дальнейшее лечение по поводу заболевания не регулярно. Последний раз обратился к хирургу (8.12.2008.) с жалобами на боли, мокнутье и зуд кожи перианальной области. Учитывая туберкулезный анамнез, после рентген обследования легких и консультации фтизиатра по месту жительства был направлен в ККПТД №1.

• ОАК : Eг $4.1 \cdot 10^{12}$; Hb - 110 г/л; L - $8 \cdot 10^9$ (э - 10 с - 68, л - 18 м - 4); СОЭ - 20 мм/ч;

• Анализ истории заболевания: нерегулярное лечение способствовало нарастанию тяжести симптоматики и вовлечению в процесс новых анатомических, подтвержденных гистологически, образований, что говорит о прогрессировании процесса.

2. Больной: Н.

• D/s: Милиарный туберкулез легких. МБТ (+). Фиброзно-кавернозный туберкулез почек, папилломатозный туберкулез мочевого пузыря, туберкулезный простатит

• Поступил: 19.10.08.

• Жалобы: кашель, боль в грудной клетке, болезненность в поясничной области справа, болезненное мочеиспускание, повышение температуры до 40, слабость, озноб, помимо этого отмечает ночные поты

• Анамнез жизни: Родился 05.10.55. Рос и развивался соответственно паспортному возрасту. Жил в п. Каптырева Шушенского района. Получил полное среднее образование. Работал разнорабочим в колхозе, в данный момент постоянного места работы не имеет. ЧМТ и хронические заболевания отрицает. Онко-, вен. заболевания и гепатиты отрицает.

• Анамнез заболевания: Впервые за помощью обратился 8 лет назад, с жалобами на боли в поясничной области с двух сторон, повышение температуры, гематурию и болезненное мочеиспускание. Был поставлен диагноз гламеруло-нефрит и киста правой почки, простатит. С 2001 наблюдался и получал лечение у хирурга по месту жительства, с урологом не консультирован. 16 октября 2008 года, повторно обратился в районную больницу. Хирургом на основании рентгенограммы и данных физикального обследования и лабораторных анализов был выставлен поликистоз правой почки, хронический простатит. Затем, после Rh-обследования органов грудной клетки и консультации пульмонолога, был направлен в Краевой тубдиспансер. На основании клинической картины, данных лабораторных анализов, физикального и дополнительных методов обследования было принято решение о резекции правой почки.

• ОАК : Eг $3.5 \cdot 10^{12}$ Hb - 18 г/л; L - $5.8 \cdot 10^9$ (э - 8, с - 65, л - 22 м - 5); СОЭ - 46 мм/ч;

• Анализ истории заболевания: исходя из динамики развития заболевания, в данном случае можно говорить о прогрессировании туберкулезного процесса. Из-за отсутствия адекватного обследования по поводу дизурических расстройств в течение 8 лет был пропущен специфический процесс в почках и мочевом пузырею

3. Больной Р.

• D/s: Диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации МБТ(+), кахексия, интоксикационный синдром, диссеминированная форма туберкулезной волчанки, туберкулезный спондилит

• Поступил: 4.12.08.

• Жалобы: На боли во всех группах мышц, суставах, больше в суставах нижних конечностей; недомогание, слабость, температура 37.5; изъязвление покраснение кожных покровов в разной степени по всему телу; увеличение и болезненность лимфоузлов в подмышечных впадинах и паховых областях со свищами .

• Анамнез жизни: Родился в городе Назарово 13.06.1985. Рос и развивался согласно возрасту. ВИЧ, гепатит, сифилис отрицает. Операций, гемотрансфузий не было. В 2002 году перелом правой руки. Травм, потерь сознания не было.

• Анамнез заболевания: С 2007 года страдает споротрихозом, кожная форма, осложненная вульгарным импетиго - подтвержденный лабораторно и гистологически. Лечился в КВД стационарно от грибкового поражения, принимал терапию: антибиотики, микофлюкан, дезинтоксикационную терапию, гепатопротекторы, иммунокорректоры, затем

до октября 2008 года лечился амбулаторно, но безрезультатно. 01.10.08 профилактически, перед направлением в краевой кож-вен. диспансер, на ФЛГ выявлены изменения в легких. Больной консультирован фтизиатром и направлен в ККПТД № 1 на дообследование и лечение с диагнозом диссеминированный туберкулез легких.

- ОАК: Ег 3,5*10⁹ Нб - 113 г/л; L - 9,7*10⁹ (э - 6, с - 72, л - 13 м - 6); СОЭ - 46 мм/ч

- Анализ истории заболевания: Из-за отсутствия своевременной постановки диагноза и как следствие неадекватной терапии (длительный прием иммунокоректоров) у пациента произошла генерализация туберкулезного процесса.

Выводы:

В заключении нужно отметить, что развитие генерализованных форм туберкулеза у представленных нами больных явилось:

1. Отсутствие настороженности и незнания туберкулеза врачами общей медицинской сети (кожно-венерологами, урологами, хирургами)
2. Нежелание у социально-неадаптированного больного лечиться по поводу ранее выявленного туберкулезного процесса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Баласняц Г.С. Клиническая характеристика милиарного туберкулеза в современных условиях // Клиническая Медицина – 1999. - №9. С. 22-23
2. Борисова М.И., Стаханов В.А., Н.М. Козлов и др. Особенности течения генерализованного туберкулеза у взрослых в современных условиях // Туберкулез в России – 2007.- материалы 8 съезда фтизиатров С.166
3. Карачунский М.А. Гематогенный туберкулез // Проблемы туберкулеза и болезней легких - 2005. - №2 С. 57
4. Корнетова Н.В. Острый милиарный туберкулез // Проблемы туберкулеза – 1997.- №1 – С. 37-40
5. Кузьмина Н.В. Течение и эффективность лечения больных диссеминированным туберкулезом легких в период напряженной эпидемиологической ситуации: Дис. ... д-ра мед. Наук. – Москва.- 2003.
6. Мишин В.Ю., Демидова О.В., Кузьмина Н.В. Диагностика и дифференциальная диагностика гематогенно-диссеминированного туберкулеза легких // Consilium Medicum. – 2002. - №9. – С. 498-503.
7. Мишин В.Ю., Назарова Н.В., Кононец А.С. Течение и эффективность лечения инфильтративного туберкулеза легких // Проблемы Туберкулеза – 2006. - № 10. – С. 7-12.
8. Перельман М.И., Корякин В.А. //Фтизиатрия. – Москва.- 2004

УДК 616.12 – 008.46 – 002.2:612.67:616 – 092.11

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АМБУЛАТОРНОГО ПРИЕМА

Попова Е. В., Репина А. В., Ковальцова К. А., Фролова О. В., Тарских А. А., Олейникова А. С.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра внутренних болезней № 2 с курсом ПО

Научный руководитель: к.м.н., доц. Штегман О. А.

Актуальность. Статистические данные свидетельствуют о неуклонном повышении частоты развития хронической сердечной недостаточности (ХСН) во всех странах независимо от политической и экономической ситуации. Л.Т. Малая и Ю.Г. Горб [1] приводят данные о распространенности сердечной недостаточности к середине 90-х годов XX века: распространенность клинически выраженной ХСН в популяции не менее 1,8-2,0%; среди лиц старше 65 лет частота выявления ХСН возрастает до 6–10%, и декомпенсация становится самой частой причиной их госпитализации; риск внезапной смерти больных с ХСН в 5 раз выше, чем в популяции в целом.

Распространенность ХСН увеличивается с возрастом: от 1% среди лиц в возрасте 50–59 лет до 10% в возрастной группе 80–89 лет, удваиваясь за каждые 10 лет, начиная с 50-летнего возраста. [3]. За последнее время в развитых странах значительно возросла численность пожилого населения. По прогнозам демографов, в ближайшее время будет наблюдаться дальнейшее старение населения, связанное с увеличением общей продолжительности жизни и снижением численности молодых людей. [5]

Цель нашего исследования: оценить качество жизни лиц пожилого возраста при наличии и отсутствии ХСН на амбулаторно-терапевтическом приеме.

Задачи исследования:

1. Исследование качества жизни у лиц пожилого возраста, не имеющих сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).
2. Исследование качества жизни у лиц пожилого возраста, имеющих ССЗ без ХСН.
3. Исследование качества жизни у лиц пожилого возраста, имеющих ССЗ, осложненные ХСН.
4. Сравнительная характеристика качества жизни данных больных и лиц пожилого возраста, не имеющих сердечно-сосудистых заболеваний.

Материал и методы: В исследование было включено 236 человек. Отбор осуществлялся методом сплошной выборки в поликлиниках определенного района города. Пациенты были разделены на 3 группы. 1-я группа: лица пожилого возраста с ХСН (n=137). 2-я группа: лица пожилого возраста с положительной анкетой общества специалистов по сердечной недостаточности (ОССН), но с неподтвержденным диагнозом ХСН, по данным клинического осмотра и ЭхоКГ (n=81). 3-я группа: лица пожилого возраста, не имеющие ССЗ (n=18).

Критерий включения: наличие информированного согласия пациентов.

Критерий исключения: онкологические заболевания, инсулинозависимый сахарный диабет, выраженные нарушения функций суставов, нарушения мозгового кровообращения (имевших место в последние полгода), заболевания легких с умеренной и выраженной дыхательной недостаточностью.

Инструментом для оценки и сравнительной характеристики качества жизни (КЖ) выбран специфический опросник, для больных кардиологического профиля - так называемый Миннесотский опросник – Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) [2,4].

Для выявления различных факторов, влияющих на качество жизни людей пожилого возраста, проводились: оценка тревожно-депрессивных расстройств с помощью опросника депрессивных расстройств (CES-D: Center for Epidemiologic Studies - Depression), опросника ситуативной и личностной тревожности Спилбергера – Ханнина, а также анкеты для выявления уровня материальной обеспеченности.

Результаты и обсуждения: При оценке результатов были получены следующие данные:

Средний показатель качества жизни у больных, имеющих ССЗ, осложненные ХСН, выше как у мужчин, так и у женщин (44,25±0,21), что свидетельствует о низком качестве жизни, по сравнению с больными, имеющими ССЗ без ХСН (40,77±1,08), и лицами, не имеющими ССЗ (22,13±6,08).

При анализе четырех возрастных групп у пациентов с ХСН, с шагом в 5 лет (60-65, 66-70, 71-75, 76-80) оказались сниженными показатели качества жизни с возрастом.

60-65 лет (n=37) - средний показатель качества жизни -41,74±3,05

66-70 лет (n=36) - средний показатель качества жизни - 42,15±17,75

71-75 лет (n=50) - средний показатель качества жизни - 45,55±20,29

76 и старше (n=17) - средний показатель качества жизни - 49,37±20,1

При анализе четырех возрастных групп у пациентов без ХСН, с шагом в 5 лет (60-65, 66-70, 71-75, 76-80) оказались сниженными показатели качества жизни с возрастом.

60-65 лет (n=37) - средний показатель качества жизни -39,45±18,76

66-70 лет (n=36) - средний показатель качества жизни - 39,61±21,32

71-75 лет (n=50) - средний показатель качества жизни - 47,72±22,15

76 и старше (n=17) - средний показатель качества жизни -40,87±28,04

У пациентов в группе с ХСН и без ХСН с возрастом отмечается снижение качества жизни.

На качества жизни пациентов, влияет стадия ХСН. При анализе качества жизни у больных с разными стадиями ХСН выявили, что как у мужчин, так и у женщин с 2А и 2Б стадией средние показатели выше (35,8 у мужчин, 50,91 у женщин соответственно, $p<0,00002$), по сравнению с 1 стадией (33,48 у мужчин, 48,39 у женщин соответственно, $p<0,0001$). Чем больше стадия ХСН, тем больше страдает качество жизни у лиц пожилого возраста с ХСН на амбулаторно-терапевтическом приеме.

Факторы, влияющие на качество жизни:

	Пациенты с ХСН	Пациенты без ХСН	Контрольная группа	Достоверность (p1-с ХСН, p2-без ХСН, p3-контроль)
Депрессия	20,219±0,21	21,77±1,29	15,18±5,49	P1-0,0018 P2-0,03
Ж	20,219±0,95	21,77±1,34	15,18±3,22	
М	20,219±1,42	21,77±2,46	15,18±2,02	
Личностная тревожность	47,63±0,21	48,58±1,29	40,86±4,91	P1-0,0002 P2-0,0006
Ж	47,63±1,06	48,58±1,25	40,86±4,65	
М	47,63±1,67	48,58±3,51	40,86±4,56	
Ситуативная тревожность	41,04±0,21	40,41±1,29	34,31±5,02	P1-0,007 P2-0,00002
Ж	41,04±1,28	40,41±1,35	34,31±5,07	
М	41,04±1,46	40,41±2,28	34,31±1,08	

При анализе оценки тревожно-депрессивных расстройств с помощью опросника депрессивных расстройств (CES-D: Center for Epidemiologic Studies - Depression) были получены данные, у больных с ССЗ, осложненными ХСН, средние показатели выше, по сравнению с больными, имеющими ССЗ без ХСН, и группой контроля.

При анализе оценки ситуативной и личностной тревожности с помощью опросника Спилберга – Ханина были получены данные, у больных с ХСН выше ситуативная тревожность, по сравнению с больными без ХСН и группой контроля, личностная тревожность так же была выше соответственно.

При анализе оценки материальной обеспеченности в группе больных с ХСН 26 человек отметили, что приходится отказывать себе во всем, денег практически не хватает, в группе без ХСН это число составило 20, в контрольной группе 1. В группе с ХСН 85 больных отметили, что на ежедневные расходы нам хватает, но покупка одежды уже предоставляет трудности, в группе, без ХСН это число составило 44, в контрольной группе 5.

При анализе оценки суммы, которую могут потратить на свое лечение ежемесячно, в случае таковой необходимости: до 200 рублей в группе с ХСН отметили 16 человек, без ХСН 8 человек, в контрольной группе 0 человек, 200-500 рублей в группе с ХСН отметили 47 человек, без ХСН 25 человек, в контрольной группе 5 человек, 500-1000 рублей в группе с ХСН 36 человек, без ХСН 20 человек, в контрольной группе 5 человек, 1000-2000 рублей в группе с ХСН 22 человек, без ХСН 16 человек, в контрольной группе 6 человек, больше 2000 рублей в группе с ХСН отметили 16 человек, без ХСН 12 человек, в контрольной группе 2 человека.

Выводы:

1. Средний показатель качества жизни у больных, имеющих ССЗ, осложненные ХСН, выше как у мужчин, так и у женщин (44,25±0,21), что свидетельствует о низком качестве жизни, по сравнению с больными, имеющими ССЗ без ХСН (40,77±1,08), и лицами, не имеющими ССЗ (22,13±6,08).

2. При анализе качества жизни у больных с разными стадиями ХСН выявили, что как у мужчин, так и у женщин с 2А и 2Б стадией средние показатели выше (35,8 у мужчин, 50,91 у женщин соответственно), по сравнению с 1 стадией (33,48 у мужчин, 48,39 у женщин соответственно). Чем больше стадия ХСН, тем больше страдает качество жизни у лиц пожилого возраста с ХСН на амбулаторно-терапевтическом приеме.

3. При анализе оценки тревожно-депрессивных расстройств с помощью опросника депрессивных расстройств (CES-D: Center for Epidemiologic Studies - Depression) были получены данные, у больных ССЗ, осложненными ХСН, средние показатели выше, по сравнению с больными, имеющими ССЗ без ХСН и группой контроля.

4. При анализе оценки ситуативной и личностной тревожности с помощью опросника Спилберга – Ханнина были получены данные, у больных с ХСН выше ситуативная тревожность, по сравнению с больными без ХСН и группой контроля, личностная тревожность так же была выше соответственно.

При анализе оценки материальной обеспеченности в группе больных с ХСН 26 человек отметили, что приходится отказывать себе во всём, денег практически не хватает, в группе без ХСН это число составило 20, в контрольной группе 1. В группе с ХСН 85 больных отметили, что на ежедневные расходы нам хватает, но покупка одежды уже предоставляет трудности, в группе, без ХСН это число составило 44, в контрольной группе 5.

5. При анализе оценки суммы, которую могут потратить на свое лечение ежемесячно, в случае таковой необходимости: до 200 рублей в группе с ХСН отметили 16 человек, без ХСН 8 человек, в контрольной группе 0 человек, 200-500 рублей в группе с ХСН отметили 47 человек, без ХСН 25 человек, в контрольной группе 5 человек, 500-1000 рублей в группе с ХСН 36 человек, без ХСН 20 человек, в контрольной группе 5 человек, 1000-2000 рублей в группе с ХСН 22 человек, без ХСН 16 человек, в контрольной группе 6 человек, больше 2000 рублей в группе с ХСН отметили 16 человек, без ХСН 12 человек, в контрольной группе 2 человека.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Малая Л.Т., Горб Ю.Г. Хроническая сердечная недостаточность: Новейший справочник. — М.: ЭКСМО; 2004. - 960 с.
2. Auriechio A., Klin H., Spinelli J. Pacing for heart failure sejetcon of patients technigues and benefits // Eur. J. Heart Failure. — 1999. — Vol. 3. — P. 275-279.
3. Bellolti P., Badano L.P., Acquaronc N., et al. Speciallyrelated differences in the epidemiology, clinical profile, management and outcome of patients hospitalized for heart failure. The OSCUH study // Eur Heart J.- 2001.-№ 22.- P. 596-604.
4. Klaus L., Beniaminovitz A., Choi L. et al. Pilot study of guided imagery use in patients with severe heart failure // Amer. J. Cardiology. — 2000. — Vol. 1. — P. 101-104.
5. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects: The 2002 Revision and World Urbanization Prospects: The 2001 Revision, <http://esa.un.org/unpp>

УДК 616.66-007.26-089-053.2

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

Попова Е. С.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра детской хирургии с курсом ПО*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Портнягина Э. В.

Гипоспадия – порок развития дистального отдела уретры, характеризующийся искривлением полового члена и дистопией наружного отверстия мочеиспускательного канала. Порок развития встречается довольно часто и составляет 0.1%-0.8% от всех пороков. Гипоспадия, особенно её тяжелые формы, отрицательно воздействуют на развитие полового члена, общее развитие и формирование личности пациента. Поэтому своевременное и грамотное лечение позволяет добиться хороших результатов.

Целью нашей работы было изучить заболеваемость гипоспадией среди детского населения г.Красноярска и Красноярского края, выявить причины поздней диагностики и осложнений, а так же проанализировать лечение заболевания.

В задачи входило: изучить истории болезни детей с гипоспадией, проследить отдаленные результаты оперативного лечения.

Нами проведен анализ 170 историй болезни 116 детей с гипоспадией, находившихся на лечении в ГКБ№20 и ДКБ в период с 2000 по 2008 гг.

Таблица 1

Распределение больных по возрасту и формам гипоспадии

Вид гипоспадии \ Возраст	до 1года	1-2 года	3-5 лет	6-10 лет	11-15 лет	Итого
Головчатая	1	5	13	11	4	34 (29,3%)
Стволовая	1	9	20	11	11	52 (44,8%)
Мошоночная	3	7	4	8	8	23 (19,8%)
Промежностная	1	1	-	-	-	2 (1,7%)
Гипоспадия «без гипоспадии»	-	-	2	2	2	5 (4,3%)
Итого	6 5,1%	22 18,9%	39 33,6%	32 27,5%	17 14,6%	116

Из таблицы видно, что наибольшую группу составили больные в возрасте от 3 до 5 лет (33,6%) со стволовой формой гипоспадии. Большой процент составляют дети в возрасте от 6 до 10 лет и подростки в пубертатном периоде (42,1%), что может быть плохим прогностическим фактором в отношении формирования личности пациента. В последние два года увеличилось количество больных, которые обратились для оперативного лечения в возрасте 1-2 года (35%). Это связано с тем, что в поликлинической сети появились ставки детских урологов, а так же декретированные осмотры детей узкими специалистами. Тяжелые формы гипоспадии (промежностная и мошоночная) диагностировались реже. Больных из районов края было 56 человек, из них 40 человек обратились в поздние сроки (6-15 лет), что составляет 71%.

Таблица 2

Сроки лечения при различных методах гипоспадий

Вид гипоспадии \ Возраст	до 1года	1-2 года	3-5 лет	6-10 лет	11-15 лет	Итого
Головчатая	-	6	13	11	4	34 (29,3%)

Стволовая	-	10	20	11	11	52 (44,8%)
Мошоночная	1	8	5	8	8	23 (19,8%)
Промежностная	-	-	2	-	-	2 (1,7%)
Гипоспадия «без гипоспадии»	-	-	2	2	2	5 (4,3%)
Итого	1 0,6%	24 20,6%	41 35,3%	32 27,5%	17 14,6%	116

Из таблицы №2 видно, что 35, 3% детей (41 чел) оперированы в возрасте 3-5 лет, что является оптимальным сроком оперативного лечения гипоспадий. По данным литературы, в последние годы отмечена тенденция к более раннему сроку оперативного лечения (1-2 года). По нашим данным 20,6% детей оперированы до 2 лет, когда выполняется 1 этап – выпрямление полового члена, что создает оптимальные условия для дальнейшего развития кавернозных тел. Отмечается очень высокий процент детей, оперированных в возрасте 11-15 лет (14,6%). Это создает определенные сложности в развитии наружных половых органов мальчика, и что очень важно, отрицательно влияет на формирование личности мальчика.

Таблица 3

Методы оперативного лечения гипоспадий

Метод Форма гипоспадии	Дюплея	Ходсона	Даккета	Итого
Головчатая	28	2	-	30 (19,3%)
Стволовая	67	5	5	77 (49,6%)
Мошоночная	34	3	3	40 (25,8%)
Промежностная	1	-	-	1 (1,06%)
Гипоспадия «без гипоспадии»	4	3	-	7 (4,5%)
Итого	134 (86,4%)	13 (8,3%)	8 (5,16%)	155

Из таблицы №3 видно, что в подавляющем большинстве случаев выполнялась операция с пластикой уретры по Дюплею. У 116 больных выполнено 155 операций. У 39 больных диагностированы осложнения и выполнена повторная пластическая операция.

Таблица 4

Послеоперационные осложнения при лечении гипоспадий

Осложнения Вид оперативного лечения	Мочевой свищ	Стеноз уретры	Итого
Дюплея	7	19	26 (19,4%)
Ходсона	3	9	12 (9,3%)
Даккета	-	1	1 (0,6%)
Итого	10 (8,6%)	29 (25,5%)	39

Из таблицы №4 видно, что пластика уретры по Дюплею дает относительно небольшой процент осложнений в виде мочевого свища (7) и стеноза уретры (19). При операции Ходсона у 13 больных в 12 случаях диагностированы осложнения в виде мочевого свища (3) и стеноза неоуретры (9). Вероятно, высокий процент осложнений при операции Ходсона можно объяснить тем, что она выполнялась при тяжелых формах гипоспадии (промежностной и мошоночной).

Таким образом, при анализе заболеваемости гипоспадий среди детей города Красноярск и Красноярского края выявлено:

1. чаще диагностировалась стволовая форма гипоспадии,
2. значительная часть больных гипоспадией поступала в поздние сроки от начала заболевания (6-15 лет), что связано с недостаточной осведомленностью врачей поликлинической сети в отношении данного заболевания, а так же отсутствием детских хирургов и урологов в районах края,
3. операцией выбора явилась пластика уретры по Дюплею,
4. большой процент послеоперационных осложнений отмечается при операции Ходсона, что объясняется наличием тяжелых форм гипоспадии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Куш Н.А. Хирургия пороков почек и мочевых путей у детей. – Киев, 1978г – С. 136-155
2. Лопаткин Н.А. Пугачев А.Г. Детская урология. Руководство. – Москва, 1986г – С. 207-242
3. Лопаткин Н.А. Аномалии мочеполювой системы. – Москва, 1987г – С. 267 – 324
4. Тагахо Э.О. Урология по Дональду Смит. – Москва, 2005. – С. 648-650
5. Хинман Ф. Оперативная урология: Атлас. Москва, 2007 – С. 107-161

ВИКТОР ВАСИЛЬЕВИЧ ГЛАДКОВ – ОСНОВАТЕЛЬ МУЗЕЯ КАФЕДРЫ АНАТОМИИ ЧЕЛОВЕКА**Попова Г. В., Маркова А. Л.***Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра анатомии человека***Научный руководитель: к.м.н., доцент Вериго Л. И.**

Историю творят люди – те, рядом с кем нам выпало жить и учиться. Мы, студенты второго курса педиатрического факультета поступили, в медицинскую академию, а учимся теперь в университете. И мы уже знакомы с такими дисциплинами, как гистология, анатомия, биохимия, физиология – эти предметы являются основополагающими в фундаменте медицинской науки.

Еще до поступления в университет многие из нас знали о музее на кафедре анатомии человека, а старшекурсники рассказывали жуткие истории о нем. А оказалось, что этот музей гордость не только кафедры анатомии, он один из лучших среди подобных в России!

В военное лихолетье остро стояла необходимость создания за Уралом, в далекой Сибири нового медицинского высшего учебного заведения для обучения высококвалифицированных кадров – Красноярского мединститута. История кафедры анатомии начинается с 1 октября 1942 года. Коллектив кафедры состоял из девяти преподавателей и возглавлял его академик Михаил Григорьевич Привес, по учебнику которого учились многие тысячи студентов всех медицинских высших учебных заведений страны, в том числе и мы. Молодым специалистом начинал на этой кафедре свою деятельность Виктор Васильевич Гладков – основатель анатомического музея. Интересна его биография.

Он родился в простой сибирской семье железнодорожника и домохозяйки 1 мая 1920 года в селе Устюг Емельяновского района Красноярского края. Деревенский грамотей окончил только семилетку, но в те времена и семь классов могли закончить не многие, так как страна переживала свое становление. Большое стремление учиться дальше привело его в фельдшерско-акушерскую школу, которую он с отличием закончил в 1938 году и решил продолжить образование в медицинском институте г. Томска на лечебном факультете. По окончании института, 16 августа 1942 года В. В. Гладков был призван в Советскую армию, где служил до июня 1946 года. В дни Великой Отечественной войны Виктор Васильевич был ранен и по ранению демобилизован. С 1946 года по 1991 он работал в Красноярском медицинском институте ассистентом, а позже старшим преподавателем на кафедре нормальной анатомии человека. В это время кафедра переживала сложный и драматический период, так как основной педагогический состав во главе с профессором М.Г. Привесом возвратился в освобожденный Ленинград. На кафедре анатомии человека осталось всего два штатных сотрудника!

Удивительно! Человек, познавший все невзгоды тяжелой войны, не очерствел душой. Любовь к своей профессии Виктор Васильевич делил со студентами, и они отвечали ему взаимностью. Тем, кому был непонятен материал, он терпеливо многократно его объяснял. В своих студентах он видел и хороших врачей, и работников здравоохранения.



В учебной комнате со студентами педиатрического факультета. Занятие ведет В. В. Гладков

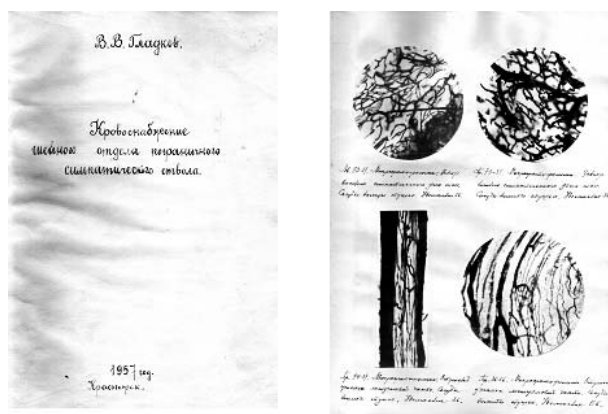
При Михаиле Григорьевиче Привесе было положено начало формирования музея кафедры. Его дело вдохновенно продолжал В.В. Гладков. Он был талантливым организатором и реформатором музейного дела. Виктор Васильевич освоил не только сложную методику балзамирования трупного материала по М.Г. Привесу, но и разработал свои оригинальные методики, позволившие создать прекрасные долговечные препараты. Ведь студентам интересно и необходимо учиться

не только по книгам, но и по наглядным пособиям. Очень грамотно выполнены фиксированные препараты внутренних органов, препараты мышц верхних и нижних конечностей, сосудисто-нервные препараты и многие другие. Увидеть результаты влияния на развитие человека таких факторов, как курение, алкоголь, наркотики, воздействие экологии можно в богатой тератологической коллекции, имеющейся в музее. Медицина шагает вперед семимильными шагами. Новые возможности и современные методы исследования (УЗИ, эндоскопия и другие) затрудняют пополнение существующей коллекции.



В. В. Гладков с лаборантом С. Петровым за оформлением музейной коллекции

Один раздел нашего музея представлен фрагментом научной работы В.В. Гладкова, посвященный вегетативному отделу нервной системы человека, в частности его симпатическому отделу.



Титульный лист и фрагмент научной работы В. В. Гладкова

В 1978 году в нашем институте был основан стоматологический факультет. Учебных пособий и материалов для изучения анатомии было не достаточно. И тогда коллектив кафедры поручил Виктору Васильевичу Гладкову оснастить занятия студентов-стоматологов методической литературой и наглядными пособиями. За что он и взялся с присущим ему энтузиазмом. Все препараты черепов и их распилы, стенд по краниометрии и индивидуальных и расовых особенностях строения черепа, а также отдельные кости черепа и зубочелюстного аппарата были изготовлены под руководством В.В. Гладкова с участием Натальи Петровны Батухтиной - одной из любимых его учениц.



Коллектив кафедры в 70-е годы. В.В. Гладков крайний справа в верхнем ряду

Стоит отметить, что Виктор Васильевич немаловажную роль играл и в общественной жизни нашего института. С 1949 по 1951 год он прошел обучение в Красноярском вечернем университете Марксизма и Ленинизма на кафедре философии. После этого долгие годы он был бессменным парторгом КГМИ.

До сих пор все студенты и преподаватели с огромной благодарностью вспоминают В.В. Гладкова. Музей, созданный его руками, посещают не только студенты всех курсов нашего университета, но и бывшие выпускники, врачи разных специальностей ИПО, а также школьники и учащиеся медицинских колледжей города и края, решившие связать свое будущее с обучением в нашем заведении.

При подготовке статьи использовались материалы личного дела, предоставленные архивариусом КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Глазковой О. М., воспоминания Челноковой Т. М., Николаева В. Г. и Сабановой А. О.

УДК 616.351-006.-089-089.844

СФИНКТЕРОЛЕВАТОРОПЛАСТИКА ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ РАКЕ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА С ПЕРЕХОДОМ НА АНАЛЬНЫЙ КАНАЛ

Проваторов А. Ю., Теплищев М. И., Трифонов М. Н., Семакин Р. В.

*Томский военно-медицинский институт
Кафедра и клиника военно-полевой хирургии*

Научный руководитель: д.м.н. Баширов С. Р.

В структуре онкологической заболеваемости рак толстой кишки вышел на третье место [1,2]. Высокий уровень летальности. Эволюция взглядов на онкологическую и функциональную целесообразность операций по поводу рака прямой кишки с распространением на анальный канал вытеснила брюшно-промежностную экстирпацию из статуса «золотого стандарта», уступив место сфинктеросохраняющим операциям, современным требованиям к которым следует рассматривать как необходимость разработки новых восстановительных технологий формирования ампулы и запирательного аппарата после проктэктомии с резекцией леваторов и внутреннего сфинктера. От того, насколько полноценно будет проведена восстановительная операция, будет зависеть качество резервуарной, удерживающей и калообразующей функций, определяющих результаты социальной и трудовой реабилитации больных после операций на прямой кишке [3].

С целью восстановления естественной и управляемой дефекации при радикальных вмешательствах у больных раком нижнеампулярного отдела прямой кишки с переходом на анальный канал нами был разработан в эксперименте способ сфинктеролевавторопластики после проктэктомии с тотальной мезоректумэктомией, резекции внутреннего сфинктера, глубоких порций наружного сфинктера, леваторных петель. Изучена морфологическая структура сформированных анатомических образований на низведенной кишке, а также ближайшие и отдаленные результаты сфинктеролевавторопластики в клинике.

Концепция лечения разработана на 7 беспородных, здоровых собаках в возрасте от 2 до 10 лет обоего пола в соответствии с «Европейской конвенцией по защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и других научных целей» и внедрена в клинику военно-полевой хирургии у пациентов с высоко- и среднendifференцированными аденокарциномами T3N0M0–T4N1M1 нижнеампулярного отдела прямой кишки с распространением на анальный канал.

В экспериментальной части работы по оригинальной методике выполняли проктэктомию с тотальной мезоректумэктомией, резекцию внутреннего сфинктера, глубоких порций наружного сфинктера, леваторных петель с одномоментным моделированием гладкомышечного сфинктера на низведенной кишке, резервуара и леватора.

Техника операции: абдоминальным доступом выполняли мобилизацию кишки с тотальной мезоректумэктомией до тазового дна. Промежностным этапом на уровне анокутанной линии накладывали 4 держалки. Сразу за ними просвет анального канала герметизировали кисетным швом. Между держалками и кисетным швом проникали в межсфинктерное пространство, через которое выполняли резекцию внутреннего сфинктера, глубокой порции наружного сфинктера и леваторов в одном фасциально-футлярном блоке с препаратом прямой кишки. На конце низводимой кишки формировали гладкомышечный жом путем циркулярной мобилизации серозномышечной оболочки высотой 12–15 мм. и фиксации ее в форме манжеты. На 2–2,5 см проксимальнее искусственного жома формировали толстокишечный резервуар по типу поперечной колопластики. По передней полуокружности низводимой кишки формировали леватор, фиксируя его к передней полуокружности малого таза. После активной санации и дренирования малого таза производили низведение кишки на промежность с фиксацией её узловыми швами за гладкомышечную манжету к кольцу подкожной порции наружного сфинктера. Избыток подслизистой оболочки кишки использовали для создания валика неоануса путем сшивания её с перианальной кожей.

С целью изучения морфогенеза искусственных удерживающих структур нами произведены морфометрические исследования в эксперименте путем анализа 24000 тестовых точек в препаратах окрашенных по Ван-Гизону и 42000 тестовых точек в препаратах окрашенных ГЭ в различные строки после операции. В качестве внутреннего контроля использованы препараты животных без формирования удерживающих структур на низведенной кишке и в качестве внешнего контроля использованы препараты сфинктерного аппарата у здоровых неоперированных животных. Полученные результаты обработаны с помощью методов альтернативной статистики. В целом нами отмечена следующая тенденция: увеличение в динамике фракции эпителиальной пластинки на 67%, гладкой мускулатуры на 20%, и снижение фракции функционирующих сосудов на 84% по сравнению с контролем. В целом данная тенденция свидетельствует о дефиците кровообращения низведенной кишки, которая кровоснабжается только из системы верхней прямокишечной артерии, с другой стороны увеличение объема гладкой мускулатуры за счет процессов гипертрофии и ремоделирования, что в полнее компенсирует утраченный в ходе оперативного вмешательства произвольный компонент держания.

По данной методике прооперировано 7 пациентов в возрасте от 38 до 74 лет по поводу рака нижнеампулярного отдела прямой кишки с распространением на анальный канал T3N0M0–T4N1M1 стадии. Послеоперационной летальности не было. В двух случаях отмечено формирование абсцесса промежностной части низведенной кишки, которые ликвидированы путем их вскрытия, дренирования и временного выключения низведенной кишки из пассажа двустольной стомой. Всем пациентам в послеоперационном периоде проводилась химиотерапия по различным схемам. В одном случае отмечен рецидив основного заболевания, что привело к наложению колостомы.

Нами была изучена динамика резервуарной функции пациентов. Было отмечено, что в раннем послеоперационном периоде в течение первого месяца чувствительность слизистого и подслизистого слоев снижена, это подтверждается высоким пороговым объемом до 34 мл, в дальнейшем чувствительность восстанавливается, что приводит к снижению порогового объема. Объем дефекации достигает нормы в отдаленном периоде. Максимально переносимый объем в первые пол года составляет в среднем 25–35% от должного и к 4 году достигает 60%.

Непосредственные и отдаленные результаты после проктэктомии: в течение первых трех месяцев у пациентов отмечается непроизвольная, многомоментная и длительная дефекация до 5 раз в сутки, недержание всех компонентов кишечного содержимого. Через пол года появляется осознанная дефекация с позывом до 2 раз в сутки, элементы держания твердого кала, они используют подкладные с периодическим ношением памперса. Через год и более дефекация осознанная 1 раз в сутки появляется возможность игнорирования позыва на дефекацию более 40 мин с удержанием твердого кала, пациенты используют подкладные, посещают общественные места. Прежде всего пациенты отмечают отсутствие колостомы на передней брюшной стенке, что приводит к адекватной адаптации в обществе.

Таким образом, разработанная нами операция позволяет достигнуть результатов, не уступающих в радикализме экстирпации прямой кишки с колостомой, но существенно улучшающих «качество» жизни оперированных больных раком нижнеампулярного отдела с переходом на анальный канал.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александров В. Б. Рак прямой кишки / В. Б. Александров. М.: Вузовская книга, 2001. – 208 с.
2. Воробьев Г.И. Ближайшие и отдаленные результаты сфинктеросохраняющих операций с формированием толстокишечного J-образного резервуара / Г. И. Воробьев, Т. С. Одарюк, П. В. Царьков и др. // Хирургия. – 2000. – № 6. – С. 41-47.
3. Жерлов Г.К. Резервуарные и сфинктеромоделирующие технологии в хирургии рака прямой кишки / Г. К. Жерлов, С. Р. Баширов. – Новосибирск : Наука РАН, 2008. – 184 с.

УДК 618.177 – 02:616.381 – 072.1

ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ

Прокопцова М. Г.

*Белорусский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии*

Научный руководитель: к. м. н., доц. Гуляева Л. С.

Актуальность. Благополучие и процветание любого государства непосредственно зависят от состояния здоровья населения. Жить «сегодняшним днем» для отдельного человека – закрыть для себя возможность развития, появления перспектив. А в отношении государства – просто исчезновение его с политической карты мира. В связи с этим правительство каждой страны должно думать о будущем. А будущее, исходя из первой фразы, – в здоровье, в репродуктивном здоровье. Бесплодный брак – наиболее серьезная и распространенная проблема репродукции. Она оказывает свое неблагоприятное влияние не только на взаимоотношения в семье, но и усугубляет демографическое положение в государстве. По данным ВОЗ, за последние два десятилетия во всех высокоразвитых странах мира наряду с низкой рождаемостью наблюдается увеличение числа нефертильных пар. Показатель бесплодного брака колеблется от 12 до 18%. [1, 2] В Республике Беларусь он составляет 15%. [2]

Цель исследования. Оценить эффективность лапароскопического метода в лечении трубно-перитонеальной формы бесплодия; уточнить критерии, позволяющие прогнозировать положительный репродуктивный исход лапароскопии.

Материалы и методы исследований. Исследования проводились на базе гинекологического отделения 6-ой ГКБ г. Минска. Из 563 просмотренных протоколов лапароскопических операций, проведенных за период с 2004 по 2007 год, было отобрано 112, выполненных по причине бесплодия. Это составило 19,9%. Доля лапароскопических операций, проводимых по поводу бесплодия, увеличивалась с каждым годом. В 2007 году их количество по сравнению с 2004 годом выросло на 17%. Из анамнестических данных, указанных в протоколах операций, выяснено, что 69% женщин было прооперировано по поводу первичного бесплодия, 31% - по поводу вторичного. Путем тщательного разбора описаний хода диагностического этапа лапароскопии было установлено, что у 91 женщины из 112 причиной бесплодия является трубно-перитонеальный фактор. Это составило 81,25%. Данное значение лишний раз указывает на большую роль этого фактора в структуре бесплодного брака.

В основную группу наблюдения из 112 вошли только 47, что связано с этапным исключением из исследования женщин, у которых не был установлен трубно-перитонеальный фактор бесплодия, оставалась непроходимость двух маточных труб даже после оперативного лечения, а так же тех, с которыми не было возможности связаться для уточнения отдаленного результата лапароскопии. Средний возраст женщин данной группы наблюдения составил 30 лет.

Результаты. У 19 из 47 женщин, включенных в основную группу наблюдения, был достигнут положительный репродуктивный исход, что составило 40%. У 8-ми (42%) – беременность закончилась нормальными родами, еще 8-ем (42%) – были беременны на момент проведения исследования, у 3-их (16%) – беременность закончилась выкидышем (рис.1).

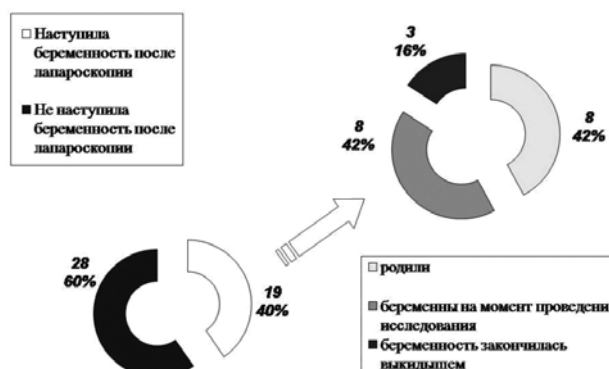


Рис. 1. – Отдаленный результат лапароскопических операций по восстановлению репродуктивной функции

Анализируя анамнестические данные основной группы наблюдения, было обнаружено, что аппендэктомия в анамнезе у женщин с отрицательным репродуктивным исходом встречалась практически в три раза чаще, чем у женщин с положительным исходом (29% и 10% соответственно). Абсолютно противоположные данные были выяснены в отношении ИППП (в группе с отрицательным репродуктивным исходом в 15% случаев встречались ИППП, а с положительным исходом в 29%). Данные результаты можно объяснить формированием более грубых спаек и сращений в области органов малого таза после оперативных вмешательств, в частности аппендэктомии, и, наоборот, формированием при ИППП спаек, которые в меньшей степени нарушают взаимоотношение органов малого таза.

Аборт чаще встречался в анамнезе у женщин, которым после лапароскопии не удалось забеременеть самостоятельно (в 18% случаев при отрицательном исходе лапароскопии и в 15% случаев при положительном). Следует отметить, что в ходе лапароскопии у женщин с положительным репродуктивным исходом был обнаружен спаечный процесс 1-ой и 2-ой стадии (83%), а у женщин с отрицательным исходом преобладал спаечный процесс 3-ей и 4-ой стадии (64%).

Выводы:

1. Лапароскопия – один из самых эффективных методов диагностики и лечения трубно-перитонеального бесплодия. У 40% женщин, прооперированных с использованием лапароскопических технологий, был достигнут положительный репродуктивный исход;
2. Прогноз достижения положительного репродуктивного исхода лапароскопического лечения трубно-перитонеального бесплодия, вызванного ИППП, выше, чем бесплодия, вызванного аппендэктомией и абортom;
3. Чем выше степень спаечного процесса у больных трубно-перитонеальной формой бесплодия, тем меньше вероятность положительного репродуктивного исхода лапароскопии.

Выражаю благодарность своему научному руководителю - канд. мед. наук, доценту Гуляевой Людмиле Станиславовне и заведующему гинекологическим отделением 6-ой ГКБ Агабекову Константину Феликсовичу.

Для путника, глотающего песок жаркой, сухой пустыни, нет ничего желаннее глотка воды. Для человека, блуждающего в темном лабиринте, слезка забрезживший вдали свет – надежда на спасение, счастье. Для женщины, страдающей бесплодием, услышать первый крик её младенца – это больше чем простое утоление жажды, больше чем надежда, это смысл жизни, безграничная мечта. 16 женщин уже сделали свой глоток счастья, их мечта осуществилась. А помогли им в этом руки врачей, сумевшие правильно и грамотно воспользоваться возможностями, которые дает лапароскопия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кулаков В.И. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению. – Москва, 2005. – 616с.
2. Михалевич С. И. Бесплодный брак. Диагностика женского бесплодия. – Минск, 2000. – 44с.

УДК 616.361-006.31-07-089

АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ И МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КИСТОЗНЫХ ТРАНСФОРМАЦИЯХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Пронь А. С., Пронь С. С., Шатковская О. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра детской хирургии с курсом ПО*

Научный руководитель: асс. Дударев В. А.

Актуальность проблемы. Первое полное клиническое описание кистозных трансформаций желчных протоков представил Douglas в 1953 г. В последующие годы были описаны различные комбинации внутри- и внепеченочных кист желчных протоков, что нашло отражение в классификации Т. Todani и соавторов [2], согласно которой различают 5 типов кист желчных протоков. Необходимость изучения данной патологии обусловлена тем, что кистозные трансформации желчного протока встречаются довольно часто среди всех пороков пищеварительной системы. Современные взгляды на генез данного порока, классификацию и хирургическую тактику весьма разнообразны. [2, 5].

Кисты общего желчного протока диагностируются чаще у детей старшей возрастной группы. Это объясняется тем, что формирование кисты из врожденного структурно-патологического протока происходит в возрасте 3-4 лет, а иногда только в пубертатном или подростковом возрасте. С доступностью УЗИ, КТ, МРТ появилась возможность не только ранней диагностики кистозной трансформации общего желчного протока, динамического наблюдения за больными с целью контроля размеров дилатации, но и выбора оптимального срока хирургического вмешательства. Оно позволяет получить данные не только о самом существовании кисты, её размерах и положении, но и даёт представление о стенках кисты, её содержимом, взаимоотношениях с окружающими органами, характере изменений в последних. [1, 3, 4].

Цель исследования – анализ диагностической тактики и методов хирургического лечения при кистозных трансформациях желчных протоков.

Материалы и методы. Исследование и лечение проводилось на базе детского хирургического стационара МУЗ ГКБ № 20 им. И.С. Берзона г. Красноярск, в котором проходили лечение 25 детей в возрасте от 1 мес. до 14 лет с врожденными кистами желчных протоков. При обследовании детей использовали клинко-лабораторную диагностику и инструментальные методы исследования: УЗИ в 100%, КТ – 50%, интраоперационная холецистография – 40%, ЭРХПГ -20%, лапароскопия – 20%. Эхографически киста общего желчного протока определялось как округлое или овальное анэхогенное образование, локализующееся в области головки поджелудочной железы и не связанное с желчным пузырем. Компьютерная томография полностью подтвердила данные, полученные при сонографическом исследовании. Следует отметить, что использование эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии позволяет выявить наиболее точную картину поражения общего желчного хода при сохранности проходимости в дистальной его части. На основании полученных данных решался вопрос о выборе метода хирургического лечения. Таким образом, дооперационная диагностика кистозной трансформации желчевыводящих путей в настоящее время значительно улучшилась благодаря применению современных методов исследования. Однако, выбор оперативного метода лечения окончательно может быть произведен

только во время операции, так как решающее значение в верификации диагноза имеют интраоперационные рентгеноконтрастные методы исследования, которые позволяют выявить кистозные расширения вне- и внутрипеченочных желчных протоков, степень и протяженность их дилатации, проходимость терминального отдела холедоха, рубцовые сужения печеночных протоков, билиопанкреатический рефлюкс. В настоящее время предложен новый метод распознавания и лечения врожденной патологии желчевыводящей системы, включающий в себя комбинированное применение лапароскопии, чрезкожной чрезпеченочной холецистохолангиографии в сочетании с рентгенологическим контролем (под контролем электронно-оптического преобразователя) в режиме реального времени. К положительным сторонам данного метода относятся: а) возможность применения у новорожденных детей; б) естественное (антеградное) введение контрастного вещества не допускает развития восходящего холангита; в) минимальная травматичность, г) высокая информативность, д) возможность в некоторых случаях устранять препятствие в области желчного протока.

Результаты. Проведено обследование и лечение 25 детей. Из них больных девочек – 16 человек (64%), мальчики – 9 человек (36%). Из анамнеза известно, что 6 детей (24%) поступили в связи с подозрением на острое хирургическое заболевание органов брюшной полости; 12 детей (48%) после планового обследования (УЗИ) наблюдались и лечились у педиатра по поводу дискинезии желчевыводящих путей (ЖВП) в течение 6 месяцев – 1 года; 7 детей (28%) были направлены для планового обследования из инфекционных отделений после исключения вирусных гепатитов.

Таким образом, анамнез свидетельствовал о большом разнообразии проявлений болезни и сложности диагностики.

Основными симптомами у детей с врожденными кистами общего желчного протока были следующие: болевой синдром (тупые приступообразные боли в правом подреберье) 33,3%, желтуха – 25%, наличие пальпируемой опухоли – 33,3%, тошнота, снижение аппетита, слабость, утомляемость – 58,3%, отсутствие жалоб – 41,6%. Однако у пациентов, как правило, присутствуют лишь один или два из этих симптомов. Иногда киста общего желчного протока проявляется только лихорадкой.

Изменение лабораторных показателей носили следующий характер: анемия – 83,3%, ускорение СОЭ – 50%, увеличение уровня щелочной фосфатазы – 75%, увеличение уровня IgG, IgM (мезенхимальный воспалительный синдром) – 58,3%, увеличение АЧТВ, снижение уровня фибриногена, ПИ, коагулаз (гепатодепрессивный синдром) – 58,3%. При умеренном возрастании АДФ агрегации тромбоцитов. Возрастание фактора Виллебранта. При угнетении XII-а фактора зависимость фибринолиза. Без нарушения конечного этапа свертываемости крови. С нормальным содержанием физиологических антикоагулянтов.

Дифференциальная диагностика проводилась с хроническими гепатитами, объемными образованиями печени, опухолью и аномалиями правой почки, врожденными и паразитарными кистами печени и поджелудочной железы, холециститом.

Ультразвуковое исследование выполнено всем больным детям в 100%, что позволило в 60% поставить диагноз кисты холедоха, КТ 7 детям (38%) с целью дифференциальной диагностики и уточнения топического расположения кисты, интраоперационная холецистография в 4 случаях (22%), ЭРХПГ 3 пациентам (20%), лапароскопия 3 пациентам (20%).

Использование последовательного обследования пациентов позволило в 82% не только диагностировать заболевание, но и выявить тип кистозной трансформации в предоперационном периоде, что позволило провести адекватную предоперационную подготовку и определить необходимый объем оперативного вмешательства.

Так, тип А кистозной трансформации выявлен в 10 случаях (40%), тип В выявлен в 12 случаях (48%), тип С – 1 случай (4%), тип V в 2 случаях (8%).

После установления диагноза необходимо устранение порока в кратчайшие сроки. С учетом этого плановая предоперационная подготовка включает ряд особенностей:

1. Длительность предоперационной подготовки не более 2-3 дней;
2. Коррекция гемостаза;
3. Резекция кисты с последующей пластикой холедоха;
4. Постоперационное ведение больного.

Самый предпочтительный метод лечения таких пациентов – полное хирургическое иссечение кисты. Выполнены следующие виды оперативных вмешательств: цистодуоденостомия, дренирование холедоха по Керу – 5,9%; цистоеюностомия с U-образной выключенной петлей тонкой кишки по Ру-Герцену – 23,5%; резекция кисты, пластика холедоха – 5,9%; иссечение кисты по Lilly J. (1978), гепатикоеюноанастомоз с двойной антирефлюксной защитой – 17,6%; резекция кисты, анастомоз между общим печеночным протоком и U-образной петлей тонкой кишки (гепатикоеюноанастомоз по Ру-Герцену) с двойной антирефлюксной защитой – 47%.

Всем больным выполнена холецистэктомия для ликвидации возможного осложнения – калькулезного холецистита.

В лечении кистозных трансформаций общего желчного протока имеет большое значение проведение консервативной терапии, которая направлена на снижение проявления клинических симптомов и подготовку пациента к проведению планового хирургического вмешательства. Для успешного лечения применяют седативные препараты. Целесообразнее применение легких (дневных) транквилизаторов: беллатаминала, беллоида, рудотеля. Необходимо назначать диетотерапию (5-й стол), что является хорошим стимулятором желчеотделения. Лекарственная терапия проводится в соответствии с характером поражения желчевыводящих путей. Используются препараты, стимулирующие желчеобразовательную функцию (холеретики): аллохол, холензим; препараты, стимулирующие желчевыделительную функцию печени и снижающие тонус желчных путей (холекинетики): холецистокенин, питuitрин и т.д. Также проводится заместительная терапия ферментами: фестал, панзинорм. При гиповитаминозах необходим заместительный курс лечения витаминами перорально или парентерально в зависимости от тяжести проявлений, наличия желтухи, ответа на лечение.

Все дети находились на диспансерном учете с плановым обследованием в стационаре через 3 и 6 мес. Далее стационарное обследование и лечение проводилось по показаниям.

Отдаленные результаты лечения больных детей с кистозными трансформациями холедоха прослежены в сроки от 3 до 5 лет. Хороший результат получен в 78% случаев, признаки гастродуоденита не обнаружены. При рентгенографии с контрастированием рефлюкс не выявлен, лабораторные показатели в пределах возрастной нормы. Удовлетворительный результат получен у 4 больных (22% случаев), т.е. отмечались минимальные признаки гастродуоденита, при рентгенологическом исследовании контрастом выявлен рефлюкс до 1,5-2,5 см.

Выводы: таким образом, своевременное и по показаниям оперативное вмешательство, позволяет улучшить отдаленные результаты лечения больных с кистозными трансформациями желчевыводящих путей, после чего отмечается быстрое восстановление двигательной активности, уменьшение болевого синдрома и отсутствие грозных осложнений, таких как калькулезный холецистит, холестаз. Проведение наименее агрессивных хирургических вмешательств, с учетом детского возраста позволяет облегчить течение послеоперационного периода и ожидать хорошие непосредственные и ближайшие результаты.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бадуров Б.Ш., Зуев В.К., Михалкин М.П. Редкий случай врожденной патологии желчных протоков. // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. - Москва, 2007. - №6. - С.31-32.
2. Бамбаев А.И. Клинико – патологическое значение аномалий развития желчевыводящих путей у детей с заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта: Автореф. Дис. ... канд. Мед. Наук. М 2004; 24.
3. Борисов А.Е., Земляной В.П. и др. Первичные повреждения и рубцовые стриктуры желчных протоков // Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей: В 2 т. / Под ред. А.Е. Борисова. – СПб: Скифия 2003. – Т.2: Хирургия желчевыводящих путей. – С. 183 – 281.
4. Иванченкова Р.А. Принципы лечения диспепсии при дискинезиях желчевыводящих путей.// Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. - Москва, 2004. - №1. - С. 26-28.
5. Капустина Т.Ю., Каширская Н.Ю., Капранов Н.И. Холестатические болезни печени и их лечение у детей. // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. - Москва, 2006. - №1. – С. 28-30.
6. Лабия А.И., Багмет Н.Н., Ратникова Н.П., Скипенко О.Г. Эволюция хирургического лечения доброкачественных стриктур внепеченочных желчных протоков. // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. - Москва, 2007. - №4. – С. 17-19.
7. Хасанов А.Г., Нуртдинов М.А., Бадретдинов А.Ф., Бакиев И.М., Меньшиков А.М., Бакиров С.Х. Минимально инвазивные вмешательства при кистах селезенки и печени // РЖГТК. - Уфа, 2005. - №5. - С. 149.

УДК 618.146-007.41-07

АНАЛИЗ ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ ПО МАТЕРИАЛАМ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ № 3 МУЗ «РОДИЛЬНЫЙ ДОМ № 5»

Пшеничникова П. С.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Полянская Р. Т.

Эктопия шейки матки – доброкачественный процесс. Встречается почти у каждой второй женщины детородного возраста. Может самостоятельно регрессировать, но может привести к онкологическому процессу.

Несмотря на свои относительно небольшие размеры, шейка матки представляет собой довольно сложно организованный орган, и патология ее весьма разнообразна.

Последние годы ведется активная дискуссия о тактике ведения пациенток с эктопиями шейки матки. Рядом отечественных исследователей эктопия шейки матки позиционируется как состояние гистофизиологической нормы, с чем нельзя не согласиться (1). Однако разнообразие клинических картин, размеров и особенностей течения данных состояний вызывают интерес большого числа клиницистов. По данным ряда авторов факторами, инициирующими нарушение процессов метаплазии, являются иммунологические, гормональные (гиперэстрогения), инфекционные (1,2,3). Одним из экзогенных факторов, влияющих на физиологическое течение эктопии являются инфекционные агенты, сексуально-трансмиссивные заболевания в частности. Описаны особенности состояния эктопии при хламидийной и микоплазменной инфекции, герпетической инфекции. Общеизвестным является факт высокого канцерогенного потенциала вируса папилломы человека. В задачу нашего исследования входило: соотношение особенностей течения физиологической эктопии шейки матки с наличием тех или иных инфекционных заболеваний.

Наиболее частыми причинами возникновения эктопии шейки матки согласно данных литературы были:

1. Половые инфекции, дисбактериоз влагалища и воспалительные заболевания женской половой сферы. Хламидии, мико-, уреаплазмы и другие микроорганизмы постоянно раздражают слизистую оболочку.
2. Раннее начало половой жизни. Слизистая оболочка женских половых органов окончательно созревает к 20 годам. Если в этот тонкий процесс вмешивается инфекция, псевдоэрозия практически не минует.
3. нарушения менструального цикла. Вследствие проблем в гормональном фоне. Шейка матки, хоть и в меньшей степени, подвержена таким же гормональным изменениям, как и все в организме женщины.

Согласно литературным данным распространенность эктопии у женщин очень высока. Она встречается у 38 % женщин, в том числе у 49,2 % гинекологических больных. Наиболее часто выявляется у нерожавших женщин в возрасте до 25 лет (от 54,2 до 90 % случаев). В настоящее время выделяют 3 вида эктопии: врожденную – встречается в 11,3 % случаев, приобретенную и рецидивирующую, встречающиеся в 65,6 и 23,1 % случаев соответственно.(2)

Целью нашего исследования было:

- выявить наиболее часто встречающиеся инфекции которые привели к данной патологии
- выявить процент заболевания среди девочек – подросткового возраста.
- эктопии диагностированные до беременности,
- эктопии диагностированные во время беременности,
- эктопии диагностированные после родов.

В группе женщин в послеродовом периоде встречались женщины у которых патология шейки матки развилась на фоне не восстановленных или несостоятельных разрывов шейки матки после родов.

Было выделено 3 группы женщин с эктопией шейки матки.

Первую группу составили 10 девочек подросткового возраста состоящие на диспансерном учете по поводу эктопии шейки матки диагностированных до и после родов.

В 40% эктопия шейки матки диагностирована до беременности, в 60% после родов на фоне не восстановленного рубца, деформированной шейки матки. В данной группе отмечается раннее начало половой жизни в возрасте (15+-0,6). В анамнезе в 50% случаев имели место медицинские аборты. В 80% перенесены заболевания передающиеся половым путем. В 80% случаев уреаплазмоз, микоплазмоз 60%, трихомониаз 20%, у 2 девочек из 10 ВПЧ.

При кольпоскопии: железистый и цилиндрический эпителий, пробы с 3% уксусной кислотой в 100% случаев положительна, с раствором Люголя в 80% реакция отрицательна. Лечение эрозии шейки матки в данной группе не проводилось. Всем было проведено лечение ЗППП.

Вторую группу составили женщины детородного возраста, 27 человек (средний возраст женщин 24,5 лет) с эктопией шейки матки. Все женщины обследованы на ЗППП, включающий ПЦР- диагностику на хламидии, микоплазмы, уреаплазмы, трихомониаз ВПЧ, ВРГ. В анамнезе у всех женщин были роды. Состояние шейки матки оценивалось в комплексе: кольпоскопическому, цитологическому, гистологическому исследованию.

Согласно проведенного анализа у 20 женщин (74%) были заболевания передающиеся половым путем. Ведущее место среди ЗППП занимает уреаплазмоз 18 чел - 66% и трихомониаз 15чел - 55,5% т.е. у каждой второй пациентки и как правило это микст инфекция. У 4 пациенток -14% выделен вирус папилломы человека. Что послужило поводом для дополнительного обследования и консультации в специализированном кабинете патологии шейки матки данных женщин. У 6 женщин - 22% эктопия шейки матки развилась на фоне не восстановленного разрыва или рубцово деформированной шейки после родов.

У 8 женщин (30%) эктопия была диагностирована во время беременности, у 13 (47%) до беременности. Все женщины состояли на диспансерном учете. Лечение получали 23 женщины, оздоровление произошло у 4 пациенток (14%), 2 женщины (7%) переведены в группу практически здоровых, 17 женщин находятся на диспансерном учете после лечения. Рецидив после лечения отмечается у 13 женщин на фоне воспалительных процессах, а так же на фоне инфекций передаваемых половым путем.

Третью группу составили 7 женщин в анамнезе которых была эктопия шейки матки, а на данный момент произошло перерождение в рак шейки матки. Все женщины рожавшие не посещали женскую консультацию более 5 лет, среди них одна не была у гинеколога 27 лет. Преобладают женщины не работающие (71%), средний возраст 40,5 лет. Все из социально благополучных семей.

Гистологически имел место плоскоклеточный рак.

Таким образом проведенный нами анализ амбулаторных карт и карт диспансерного учета позволил выявить наиболее часто встречающиеся инфекции:

Заболевания	1 группа (10 человек)	2 группа (27 человек)
Уреаплазмоз	80%	66%
Трихомониаз	20%	55,5%
Микоплазмоз	60%	-
ВПЧ	20%	14%
Эктопии:		
- диагностированные до беременности	40%	47%
- диагностированные после родов на фоне деформированной шейки матки.	60%	
- диагностированные во время беременности		30%

Для улучшения показателей заболеваемости и улучшения качества жизни рекомендовано: добиться 100% повышения профилактических осмотров у девочек – подростков в школах, техникумах, профессиональных технических училищ и ВУЗах с обязательным анализом мазков на цитологию – у живущих половой жизнью девочек.

Шире проводить беседы, лекции, телепередачи, наглядную агитацию.

Информировать об опасности и последствиях ранней половой жизни, ЗППП.

Обязательном посещении врача гинеколога не реже 2 – 3 раз в год для профилактического осмотра с обязательным исследованием мазков на цитологию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы (клинические лекции) / Под ред. проф. В. Н. Прилепской. - 2-е изд. - М.: МЕДпресс, 2000. – 432 с.
2. Иванян А.Н., Мелехова Н.Ю., Шкредова И.Н., Калоева З.В. Оптимизация комплексной терапии патологии шейки матки, обусловленной вирусом папилломы человека // Гинекология. – 2003. – том 5. - №5. – с.28 – 29.24.
3. Мелехова Н.Ю. Папилломавирусные поражения шейки матки у пациенток различного возраста: Дисс...-ра м. н.-М.-2005.-297 с.
4. Минкина Г.Н., Манухин И.Б., Франк Г.А. Предрак шейки матки. – М.: Аэрограф-медиа, 2001.- 112 с.: ил.

УДК 340.624.1: 617-001-02 : 656.11 – 036.88

АНАЛИЗ ТРАНСПОРТНОЙ ТРАВМЫ С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ (ПО ДАННЫМ СЕКЦИОННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЛИЦ, ПОСТУПИВШИХ ИЗ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА)

Радаева К. Н., Попова Е. М.

*Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера
Кафедра нормальной, топографической и клинической анатомии, оперативной хирургии
Кафедра судебной медицины с курсом правоведения*

Научные руководители: д.м.н., проф. Баландина И. А., к.м.н., доц. Светлаков А. В., асс. Давыдова З. В.

Экспертиза автомобильной травмы является сложной и актуальной проблемой теории и практики судебной медицины. В соответствии с классификацией автомобильная травма относится к транспортной травме, когда механические телесные повреждения формируются в результате воздействия наружных или внутренних частей движущегося автомобиля, а также при падении из движущегося транспортного средства (А.А. Матышев, А.А. Солохин, В.А. Сафронов, С.Н. Христофоров, 1968г.). В настоящее время около 14% от общего числа вскрытий трупов по поводу насильственной смерти проводится в связи с автомобильной травмой.

Количество жертв от автомобильного транспорта непрерывно растет. По данным мировой статистики в США за каждые 15 минут происходит дорожнотранспортное происшествие со смертельным исходом. По статистике Пермского краевого бюро судебно-медицинской экспертизы в 2005 году в г. Перми зарегистрировано 2716 случаев насильственной смерти, из них 357 случаев транспортной травмы, что составляет 13,1% от общего числа случаев насильственной смерти. В 2006 году зарегистрировано 2289 случаев насильственной смерти, из них 327 транспортной травмы, что составляет 14,3%. В 2007 году зарегистрировано 296 случаев смертельной транспортной травмы. Таким образом, статистические показатели транспортной травмы остаются стабильно высокими на протяжении последних лет и, к сожалению, тенденции к ее снижению не прослеживается.

Часть пострадавших не погибает на месте происшествия, а попадает в лечебные учреждения. Целью нашей работы явилось изучение непосредственных причин смерти в зависимости от сроков ее наступления в многопрофильном стационаре, сопоставление клинического и судебно-медицинского диагнозов, выявление причин их расхождения. В связи с этим нами было изучено 50 учетных карточек смертельной травмы, которые были составлены по результатам судебно-медицинских исследований трупов лиц, пострадавших в результате автомобильной травмы. Все пострадавшие находились на лечении в Пермской краевой клинической больнице.

Сроки пребывания пострадавших в стационаре колебались от 1 часа 10 минут до 58 дней. Из таблицы следует, что в первые сутки пребывания в стационаре умерли 35,7 % в 2005 году, 50 % в 2006 году, 21,4% в 2007 году. При этом непосредственными причинами смерти явились травматический шок и кровопотеря, и только в 2006 году наблюдались два случая отека головного мозга с формированием дислокационного синдрома.

Зависимость непосредственных причин летальных исходов от длительности пребывания пострадавших в Пермской краевой клинической больнице

Непосредственная причина смерти	2005 год			2006 год			2007 год		
	До 1 суток 35,7 %	1-3 суток 21,4%	Более 3-х суток 42,9%	До 1 суток 50%	1-3 суток 0%	Более 3-х суток 50%	До 1 суток 21,4%	1-3 суток 14,7%	Более 3-х суток 84,6%
1. шок, кровопотеря	5	-	-	9	-	-	3	-	2
2. пневмония	-	-	2	-	-	5	-	-	4
3. набухание и отек головного мозга с формированием дислокационного синдрома	-	2	3	2	-	2	-	2	-
4. сепсис, гнойно-септические осложнения	-	-	1	-	-	2	-	-	1
5. механическая асфиксия от закрытия дыхательных путей пищевыми массами, тромбоэмболия, травматическая болезнь	-	1	-	-	-	1 1			2
Всего	14 человек			22 человека			14 человек		

В срок от 1 до 3 суток после травмы смерть наступила у 21,4 % в 2005 году и у 14,3 % в 2007 году. Непосредственными причинами смерти в этот период явились отек головного мозга с формированием дислокационного синдрома, механическая асфиксия от закрытия дыхательных путей пищевыми массами.

Из таблицы видно, что от 42,9 % до 84,6 % от числа всех пострадавших умирали в стационаре, находясь на лечении более 3 суток. При этом чаще других непосредственной причиной смерти явились отек головного мозга с формированием дислокационного синдрома, пневмония и другие гнойно-септические осложнения (перитонит, менингит, аппостоматозный нефрит, перинефрит, гнойные плевриты, эмпиема плевры). Жировая эмболия была обнаружена в двух случаях в 2005 году в сроках пребывания более 3 суток.

На изученном материале в 31 случае отмечали частичное совпадение диагнозов, причем в большинстве случаев по основному заболеванию. В связи с этим мы хотим представить один пример из нашей практики, когда наблюдалось расхождение клинического и судебно-медицинского диагнозов по основному заболеванию.

В клинику доставлена женщина, 34 лет, через 1,5 часа после дорожно-транспортного происшествия, во время которого находилась на переднем сиденье легкового автомобиля. На момент поступления в стационар общее состояние тяжелое, в сознании, предъявляет активные жалобы на головную боль, боли в груди слева, боли в области правого лучезапястного сустава. При объективном осмотре: артериальное давление 90/60 мм рт. ст., пульс 110 ударов в минуту, ритмичный. Грудная клетка болезненна при пальпации в левых отделах, дыхание слева резко ослаблено. Определяется крепитация ребер слева. При пальпации правого лучезапястного сустава резко выражен болевой синдром и ограничен объем движений. При рентгенологическом исследовании были обнаружены переломы со 2 по 9 ребра слева по средней подмышечной линии; 10 ребра по лопаточной линии. Левое легкое поджато на 1/2. В левой плевральной полости воздух, жидкость (гемопневмоторакс). При торакоскопии слева определялось коллабированное на ¼ легкое и 1,5 литра жидкой крови со сгустками; в связи с этим была проведена торакотомия, во время которой устранен гемоторакс, произведена коагуляция ран нижней доли левого легкого. Через 11 часов после операции по дренажам из левой плевральной полости одномоментно выделилось 500,0 мл жидкой крови. Больной выполнена левосторонняя реторакотомия, лигирование межреберной артерии. При выполнении операции в левой плевральной полости обнаружено 100,0 мл сгустков и 200,0 мл жидкой крови.

Через 36 часов во время санации трахеобронхиального дерева произошло резкое падение артериального давления. У больной появились клинические признаки внутреннего кровотечения, которое врачи не смогли остановить. Несмотря на проводимые реанимационные мероприятия у пациентки наступила смерть. Показатели гемодинамики и лабораторные данные представлены на графике.

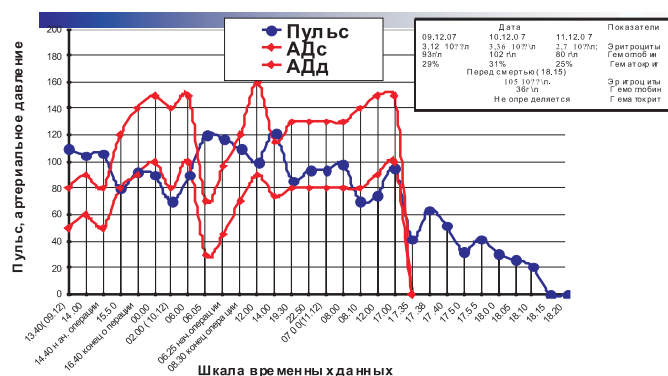


График. Показатели гемодинамики

Труп направлен на судебно-медицинское исследование с диагнозом: «Основное. Тупая сочетанная травма тела. Закрытая черепно-мозговая травма: сотрясение головного мозга. Закрытая травма груди: перелом со 2 по 10 ребра слева, флоттирующий. Разрыв левого легкого. Пневмоторакс. Закрытая травма живота? Двухмоментный разрыв печени и селезенки (?). Гемоперитонеум (?). Перелом диафизов локтевой и лучевой костей справа без смещения. Рваная рана левого плеча. Осложнения. Геморрагический шок 3-4 степени. Жировая эмболия. Гематома средостения».

При судебно-медицинском исследовании трупа были обнаружены следующие изменения: бледные кожные покровы и слизистые, слабовыраженные островчатые трупные пятна. В брюшной полости жидкости не отмечалось. В правой плевральной полости 300,0 мл темной жидкой крови и множество рыхлых ее свертков общим весом 1500 г (фото 1). Клетчатка заднего средостения сплошь пропитана кровью, местами с наложениями темно-красных эластичных свертков. Парааортальная клетчатка на всем протяжении грудного отдела аорты окружена сплошным муфтообразным кровоизлиянием в виде пропитывания толщиной до 1,5 см; после удаления свертков был обнаружен сквозной циркулярный разрыв грудного отдела аорты, края разрыва со стороны интимы неровные, пропитаны кровью, адвентиция сосуда в проекции сосуда отслоена, представлена в виде лоскутов (фото 2). Помимо вышеперечисленных повреждений был обнаружен перелом правой лучевой кости.



Фото. 1



Фото. 2

Результаты судебно-медицинского вскрытия позволили сформулировать судебно-медицинский диагноз: Основное. Тупая сочетанная травма тела. Закрытая травма груди. Сквозной циркулярный двухмоментный разрыв грудного отдела аорты, сквозные линейные разрывы дуги аорты. Двухсторонний гемоторакс (справа 2000, 0 мл, слева 2500, 0 мл). Муфтообразное кровоизлияние в парааортальной клетчатке грудного отдела аорты. Массивное кровоизлияние в клетчатке заднего средостения. Разрывы (3) нижней доли левого легкого. Ушибы легких. Переломы ребер с 1 по 10 слева; со 2 по 9 ребра справа. Ушиб сердца. Кровоизлияние под плеврой купола диафрагмы. Закрытая травма живота. Кровоизлияние в корне брыжейки тонкой кишки. Закрытая черепно-мозговая травма: сотрясение головного мозга (клинически). Кровоизлияние в мягких тканях головы. Множественные ссадины на лице. Полный поперечный перелом эпифиза правой лучевой кости. Кровоподтеки на передних поверхностях голени.

Массивная кровопотеря (слабовыраженные, островчатые трупные пятна, выраженное малокровие внутренних органов, запустевание магистральных сосудов и полостей сердца).

Сопутствующее. Умеренно выраженный атеросклероз аорты и венечных артерий.

Медицинские манипуляции. Операции: торакоскопия слева. Торакотомия слева. Ревизия верхнего средостения. Удаление гемоторакса. Коагуляция ран нижней доли левого легкого. Реторакотомия слева. Лигирование межреберной артерии (07 год).

В данном случае к расхождению клинического и судебно-медицинского диагнозов привели объективные причины, а именно: множественные повреждения, локализованные в одной анатомической области (переломы ребер), атипичность клинических проявлений разрыва аорты (при неоднократных рентгенологических исследованиях не были зафиксированы изменения со стороны стенки сосуда), показатели гемодинамики были стабильными.

ВОЗМОЖНОСТИ ИЗУЧЕНИЯ АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ СТРОЕНИЯ ШЕИ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДИКИ ПОСЛОЙНЫХ ЗАМОРОЖЕННЫХ СРЕЗОВ

Разводовская К. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра хирургических болезней № 2*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Коваленко А. А.

Топографическая и хирургическая анатомия щитовидной железы, ее кровоснабжение и иннервация обсуждаются во множестве отечественных и зарубежных монографий, анатомических атласов и журнальных статей, начиная с XIX века. Несмотря на такое обилие анатомических, анатомио-физиологических и клинических работ, до настоящего времени нет исследований посвященных анатомио-топографическим особенностям строения органов шеи и их взаимоотношения с позиции общей и локальной конституции человека, как и нет методики, позволяющей выполнить это исследование.

С целью дальнейшего изучения анатомио-топографических особенностей взаимоотношения органов шеи нами разработано и создано устройство, позволяющее выполнять послойные срезы замороженных тканей толщиной 2-3мм, и разработана методика исследования, позволяющая выявить и оценить эти особенности с позиции конституционального подхода.

Методика апробирована на 10 органокомплексах трупов больных женского пола, умерших в Краевой клинической больнице от различных, не связанных с заболеваниями щитовидной железой причин, в 2008г. Возраст умерших находился в пределах 40-55 лет. Причинами смерти явились острые нарушения мозгового и коронарного кровообращения, онкологические заболевания.

Для работы применялся общехирургический набор инструментов. Измерения производились с помощью линейки, штангенциркуля. Фотографирование готовых препаратов осуществлялось на цифровую фотокамеру «Canon – А 610» разрешением 5,0 мегапикселей в режиме макросъемки.

В ходе первого этапа для препарирования забирались неповрежденные в процессе извлечения комплексы гортани с трахеей, пищеводом и щитовидной железой, покрытой подъязычными мышцами. С целью уточнения топографии структур, окружающих щитовидную железу, производилось контрастирование верхних и нижних щитовидных артерий, с последующим выделением основных структур (возвратных нервов, парашитовидных желез), их измерение и фотографирование.

В ходе второго этапа препарат подвергался замораживанию, и далее выполнялась серия послойных замороженных срезов толщиной 3 мм, с дальнейшим измерением и фотографированием каждого из них.

При анализе полученных результатов установлено, что данная методика позволяет точно измерить и оценить пространственную структуру расположения щитовидной железы, трахеи, пищевода, возвратных нервов, парашитовидных желез, с учетом их кровоснабжения, а так же взаимоотношения между собой и может быть с успехом использована для изучения анатомио-конституциональных особенностей строения шеи у человека.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Винник Ю.С., Петрушко С.И., Горбунов Н.С. Конституциональные особенности течения и лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами // Вестник герниологии. – М., 2008. – Вып. III. – С. 35–42.
2. Горбунов Н.С., Самотесов П.А. Асимметрия строения органов брюшной полости // Сибирское медицинское обозрение. - 2007. - № 3 (44). - С. 62-85.
3. Карпатский И.В. Хирургическая анатомия срединной и боковой связок щитовидной железы / Карпатский И.В., Романчишен А.Ф. // XV Российский симпозиум по хирургической эндокринологии. Тез. докл. – Рязань, 2005. – С. 169-172.
4. Косивцов О.А. Осложнения после операций у больных с различными заболеваниями щитовидной железы // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины: Материалы 65-й юбилейной открытой научно-практической конференции молодых ученых с международным участием, Волгоград, 25-27 апреля 2007 г. – Волгоград. 2007. - С. 23-24.
5. Николаев В.Г., Николаева Н.Н., Синдеева Л.В., Николаева Л.В. Антропологическое обследование в клинической практике // Изд-во ООО Версо.- Красноярск. 2007. - 172 с.
6. Николаев В.Г., Кобежиков А.И., Кобилева Н.Г. Использование антропологического подхода в клинической медицине // Актуальные проблемы морфологии. Сб. научных трудов. Красноярск.- 2008.- с. 93-95.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПОРАЖЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Ранчаева Н. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра детских болезней № 2 с курсом ПО*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Прокопцева Н. Л.

Актуальность. Проблема инфекции мочевых путей (ИМП) у детей, несмотря на длительную историю изучения и большое количество опубликованных работ, продолжает оставаться актуальной в связи с большой частотой встречаемости и возможностью развития тяжелых деструктивных осложнений. Остается много нерешенных вопросов в патогенетических механизмах формирования преморбидного фона, в разработке эффективных, патогенетически обоснованных методов профилактики и лечения ИМП. Одним из эффективных методов профилактики инфекций мочевой системы у детей является раннее выявление факторов риска и проведение целенаправленных оздоровительных и профилактических мероприятий в группах высокого риска.

Необычайно актуальна эта проблема для детей грудного возраста по причине особенностей функционирования органов и незаконченного становления регулирующих их деятельность систем. Основной системой регулирующей работу всего организма, в том числе мочевыводящих путей, является центральная нервная система (ЦНС). Представляется актуальным выявить особенности течения инфекции мочевых путей у ребенка грудного возраста с нарушенной функцией этого регулирующего механизма, так как по данным известных неврологов (Ратнер А.Ю., Бондарчук С.В., 1992) практически у каждого третьего ребенка имеются признаки неонатальных неврологических нарушений.

Цель: выявление особенностей течения инфекции мочевых путей у детей грудного возраста с сопутствующим перинатальным поражением ЦНС.

Задачи:

1. Сравнить особенности течения инфекций мочевых путей у детей грудного возраста с перинатальным поражением ЦНС и без поражения ЦНС.
2. Выделить и проанализировать показатели, определяющие тяжесть течения инфекционного процесса мочевых путей у детей грудного возраста при поражении ЦНС.
3. Разработать рекомендации по ведению детей с перинатальным поражением ЦНС для предупреждения развития тяжелой инфекции мочевых путей.

Материалы и методы исследования: анализ историй болезни детей грудного возраста с ИМП, находящихся на лечении в отделении патологии детей грудного возраста ГКБ № 20. Статистическую значимость полученных результатов оценивали с помощью стандартной ошибки доли по критерию Манна-Уитни и t-критерия Стьюдента, критерием достоверности считали $p < 0,05$.

Результаты. Обследовано 40 детей грудного возраста, находившихся на лечении по поводу инфекции мочевых путей в отделении патологии детей грудного возраста городской клинической больницы № 20 имени И.С. Берзона города Красноярск. Дети были разделены на 2 группы: основную (I) группу составили 20 детей с ИМП имеющие сопутствующий диагноз «Перинатальное поражение ЦНС», контрольную группу (II) составили 20 детей с ИМП, не страдающие перинатальным поражением ЦНС. Диагноз ИМП выставлялся детям на основании клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. У всех детей ИМП была выявлена впервые. Диагноз «Перинатальное поражение ЦНС» был выставлен детям ранее при обследовании в роддоме, других стационарах или в поликлинике. Поражение ЦНС у 9 детей (45%) проявлялось синдромом повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, у 7 детей (35%) – гипертензионным синдромом, у 3 детей (15%) – синдромом нарушенной ликвородинамики, у 3 детей (15%) – натальной травмой шейного отдела позвоночника. Группы были однородными по половой принадлежности детей: в первую вошли 15 девочек и 5 мальчиков, во вторую – 13 девочек и 7 мальчиков. Не определялась достоверная разница в возрасте детей. Основную группу составили дети в возрасте от 1 до 9 мес. (в среднем $3,1 \pm 0,44$ месяцев), контрольную – в возрасте от 1 до 11 мес. (в среднем $5,2 \pm 0,72$ месяца). Таким образом, у детей с перинатальным поражением ЦНС дебют ИМП произошел раньше, чем у детей без поражения ЦНС.

Основными клиническими проявлениями ИМП явились дизурические расстройства (учащенное, болезненное мочеиспускание), которые наблюдались у всех больных. Но симптомы интоксикации (повышение температуры тела до фебрильных значений, вялость, снижение аппетита), указывающие на более тяжелое течение заболевания и более высокий уровень поражения мочевой системы, отмечались чаще у детей основной группы (у 4 детей ($20 \pm 8,9$), чем у детей из группы контроля (лишь у 1 ребенка ($5 \pm 4,9$)).

Лабораторными изменениями, подтверждающими ИМП, были лейкоцитурия по данным общего анализа мочи и анализа мочи по Нечипоренко. Диагностически значимыми показателями считались повышение количества лейкоцитов в общем анализе мочи больше 10 клеток в поле зрения, в анализе мочи по Нечипоренко – больше 4000 клеток в 1 мл. Достоверно ($p < 0,05$) более высокая лейкоцитурия, определяемая по методу Нечипоренко, отмечалась у детей с сопутствующим перинатальным поражением ЦНС в среднем $17895,5 \pm 2792,81$ (в группе контроля – $10640,75 \pm 2576,32$). Лейкоциты в большом количестве (сплошь в поле зрения) определялись чаще у детей основной группы: в общем анализе мочи в $65 \pm 10,7$, в анализе мочи по Нечипоренко в $80 \pm 8,9$ случаев. У детей контрольной группы – в общем анализе мочи в $55 \pm 11,1$, в анализе мочи по Нечипоренко в $50 \pm 11,2$ случаев. Из мочи в диагностически значимом титре (105 ОМЧ/мл и более) выделялись такие бактерии, как *Kl. pneumonia*, *E. coli*, микроорганизмы рода *micrococcus*, *Ps. ceracia*, *St. aureus*. Достоверной разницы между группами не выявлено.

Повышение гуморальной активности крови у детей основной группы отмечалось чаще (лейкоцитоз в $50 \pm 11,2$ случаев, в контрольной группе в $35 \pm 10,7$ случаев, ускорение СОЭ в основной группе в $80 \pm 8,9$ случаев, в контрольной в $60 \pm 11,0$ случаев). Средние показатели количества лейкоцитов в крови также были достоверно более высокими в основной группе ($10,225 \pm 1,27 \times 10^9/\text{л}$), чем в группе сравнения ($8,47 \pm 0,68 \times 10^9/\text{л}$). Достоверной разницы между средними показателями ускорения СОЭ не выявлено.

Известно, что опасность бактериальной колонизации почек повышена у детей с нарушенной уродинамикой вследствие морфологических и функциональных причин препятствующих нормальному оттоку мочи из почек и снижающих эффективность их гидродинамической санации. К этому ряду факторов риска следует отнести пузырно-мочеточниковый рефлюкс, нейрогенную дисфункцию мочевого пузыря и другие состояния сопровождающиеся функциональными изменениями моторики мочевых путей и нарушениями внутрипочечного пассажа мочи [1,2,3]. В нашем исследовании по результатам микционной цистографии у $25 \pm 9,7$ детей с перинатальным поражением ЦНС выявлен двухсторонний пузырно-мочеточниковый рефлюкс (у 5% – I-II степени, у 20% – III степени). В контрольной группе пузырно-мочеточниковый рефлюкс определялся реже (в $20 \pm 8,9$ случаев), и выраженность рефлюкса была меньше (у 10% детей – I-II степень, у 10% детей – III степень).

Одним из эндогенных факторов риска развития ИМП является транслокация микроорганизмов из естественных биотопов в лимфо-кровеносную систему макроорганизма (например, при дисбактериозе кишечника), что приводит к инфицированности почек [1,2,4]. У детей основной группы в $55 \pm 11,1$ случаях из кала выделялись в большом количестве условно-патогенные бактерии (*Kl. pneumonia*, *St. aureus*). У детей контрольной группы на 20% реже ($35 \pm 10,7$). У детей основной группы также отмечалось повышенное содержание дрожжей в кале ($60 \pm 11,0$). Для сравнения в группе контроля – в 2,5 раза реже ($25 \pm 9,7$ случаев). Такое нарушение микрофлоры можно связать с тем, что дети основной группы имели контакт с потенциальными уропатогенами, вероятность которых повышена в медицинских учреждениях, где они проходили лечение по поводу поражения ЦНС, что согласуется с литературными данными [4].

Разницы в методах лечения ИМП у детей обеих групп не было. Большая часть детей получали антибиотик (цефобол), уросептик (фурагин). Несмотря на это, излечение детей основной группы наблюдалось достоверно позже, чем у детей в контрольной группе (в I группе на 8-15 сутки (в среднем $10,8 \pm 0,51$ сутки), во II – на 4-15 сутки (в среднем $9,15 \pm 0,74$ сутки)).

Выводы:

1. Выявлены особенности течения инфекции мочевых путей у детей грудного возраста с перинатальным поражением ЦНС:

- более ранний дебют ИМП;
- более длительное течение заболевания;
- более тяжелое течение инфекционного процесса (чаще встречаются выраженная общая интоксикация организма, повышенная гуморальная активность со стороны периферической крови, выраженная лейкоцитурия);
- у детей с инфекцией мочевых путей и сопутствующим перинатальным поражением ЦНС чаще встречается пузырно-мочеточниковый рефлюкс.

2. У детей с перинатальным поражением ЦНС необходимо установить более ранние декретированные сроки для контроля за общим анализом мочи, а при выявлении инфекции мочевых путей – углубленное исследование для исключения пузырно-мочеточникового рефлюкса и нейрогенной дисфункции мочевого пузыря.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вельтишев Ю.Е. Экологически детерминированные синдромы и болезни в детском возрасте. М., 1996. – С.56-97.
2. Игнатова М.С., Длин В.В., Харина Е.А. и др. Первые шаги в детской эконефрологии // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 1994. – № 39. – С.31-33.
3. Папаян А.В., Стяжкина И.С. Неонатальная нефрология. СПб: Питер, 2002. – С.345-366.
4. Самсыгина Г.А., Бони Е.Г. Характеристика микробной колонизации новорожденных с перинатальной патологией // Педиатрия. – 1988. – № 8. – С.18-20.

УДК 378.136(083)

АДАПТИВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СТУДЕНТОВ ВО ВРЕМЯ ЭКЗАМЕНАЦИОННОЙ СЕССИИ

Расулов М. А.

Ташкентская медицинская академия

Кафедра нормальной физиологии, патофизиологии и патанатомии

Научный руководитель: проф. Саидов А. Б.

Введение. Очень важно физиологически обосновать и рационализировать распределение учебной нагрузки, чтобы предотвратить перенапряжение или нарушение мозговых механизмов адаптации [4], которые у студентов еще находятся в стадии развития и усвершенствования. Это играет важную роль в формировании адаптационно-компенсаторных механизмов высшей нервной деятельности студентов [5,6].

Цель исследования. Изучить влияния экзаменационного стресса у студентов на показатели динамического и статического тремора по степени психической адаптивности.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования были 300 студентов (юноши и девушки) 2-ого курса Ташкентской медицинской академии. Исследования проводились в начале учебного года, во время экзамена (до и после). Сначала определили психическое состояние общей популяции, а также отдельно у студентов и студенток, на основании полученных данных общая популяция была разделена на 3 группы по степени психической адаптации при помощи программно-аппаратного комплекса для определения текущего психического состояния [7]. В исследовании применялись 2 методики психофизиологического комплекса: методика «тремор динамический», которая оценивает координацию точных движений и влияние на них физиологического дрожания рук и дрожания при движении (на клавиатуре пульта, кроме служебных кнопок, есть два паза в форме синусоида (S) и пила (M). Исследуемый должен провести электрод в паз до его конца, при этом электрод не должен касаться стенок паза. Испытуемый не должен вынимать электрод из канала во время обследования.) и методика «тремор статический» оценивает координацию точных движений и влияние на них физиологического состояния, а также выявляет изменения при покое (Методика осуществляется с помощью пульта, на котором находятся 3 отверстия разных диаметров. Оператор выбирает отверстие, в котором пациент должен держать электрод, не задевая его стены в течение заданного времени).

Результаты исследования и их обсуждения. Результаты показали, что в начале учебного года (табл. 1.) у студентов с низкой адаптивностью (Ad) показатель времени динамического тремора был выше в 1,5-1,6 раза ($p < 0,05$), чем у студентов с высокой Ad, причём количество касаний значительно не отличалось.

Таблица 1

Показатели динамического и статического тремора у студентов с разной адаптивностью в начале учебного года

Группы по Ad	Пол	Тремор				
		Динамический				Статический, время 30 с.
		Форма щели S		Форма щели M		
		Время, с.	Количество касаний	Время, с.	Количество касаний	
Низкая	Юноши	10,8±0,5	3,2±0,5	7,5±0,2	3,5±0,5	3,0±0,2
	Девушки	11,9±0,5	3,7±0,5	8,4±0,4	3,7±0,6	4,3±0,8
Средняя	Юноши	9,0±0,4 ^a	3,5±0,3	8,5±0,3 ^a	1,5±0,2 ^a	2,4±0,2
	Девушки	10,1±0,45 ^a	4,1±0,5	9,5±0,5	1,8±0,4 ^a	2,8±0,6
Высокая	Юноши	7,2±0,2 ^{a,б}	3,5±0,5	4,9±0,3 ^{a,б}	5,0±0,2 ^{a,б}	4,8±0,5 ^{a,б}
	Девушки	7,8±0,3 ^{a,б}	4,1±0,5	5,3±0,3 ^{a,б}	5,5±0,4 ^{a,б}	5,1±0,5 ^б

Примечание: а - $p < 0,05$ по сравнению с показателями низкой группы; б - $p < 0,05$ по сравнению с показателями средней группы

Показатели статического тремора только у студентов с высокой Ad статистически значимо отличались от значений, отмеченных у студентов с низкой Ad. Различия показателей в зависимости от пола выражались в однонаправленной тенденции увеличения времени и количества касаний у девушек по сравнению с юношами.

Изучение показателей статического и динамического тремора до и после экзамена показало, что у студентов с низкой Ad (табл. 2.) независимо от пола до экзамена в 7-10 раз увеличивалось число касаний.

Таблица 2

Изменение динамического и статического тремора у студентов с низкой адаптивностью во время экзаменационного периода

Тремор	Форма щели	Показатели	Пол	Время исследований		
				Начало учебного года	Экзамен	
					До	После
Динамический	S	Время, сек.	Юноши	10,8±0,5	18,9±0,3 ^a	13,5±0,2 ^{a,б}
			Девушки	11,9±0,5	20,0±0,2 ^a	14,6±0,1 ^{a,*}
		Кол-во касаний	Юноши	3,2±0,5	27,0±1,0 ^a	55,0±3,0 ^{a,б}
			Девушки	3,7±0,5	28,0±1,0 ^a	57,0±4,0 ^{a,б}
	M	Время, сек.	Юноши	7,5±0,2	26,0±0,5 ^a	11,8±0,5 ^{a,б}
			Девушки	8,4±0,4	28,0±1,0 ^a	13,8±1,6 ^{a,б}
		Кол-во касаний	Юноши	3,5±0,5	27,5±1,0 ^a	21,0±1,0 ^{a,б}
			Девушки	3,7±0,6	28,0±3,0 ^a	22,0±2,0 ^a
Статический, время 30 сек.	Кол-во касаний		Юноши	3,0±0,2	30,0±2,0 ^a	17,0±1,2 ^{a,б}
			Девушки	4,3±0,8	33,0±5,0 ^a	19,1±1,3 ^a

Примечание: а - $p < 0,05$ по сравнению с начальными показателями; б - $p < 0,05$ по сравнению с показателями до экзамена; * - $p < 0,05$ по сравнению с показателями юношей

После экзамена не отмечаются нормализации показателя количества касаний. В группе студентов со средней Ad количество касаний при динамическом треморе до экзаменационный период увеличивалось в 5-8 раз, а при статическом – в 2,7-2,8 раза (табл. 3).

Таблица 3

Изменение динамического и статического тремора у студентов со средней адаптивностью во время экзаменационного периода

Тремор	Форма щели	Показатели	Пол	Время исследований		
				Начало учебного года	Экзамен	
					До	После
Динамический	S	Время, сек.	Юноши	9,0±0,4	18,0±0,8 ^a	18,0±0,5 ^a
			Девушки	10,1±0,5	19,5±1,6 ^a	19,1±1,4 ^a
		Кол-во касаний	Юноши	3,5±0,3	20,0±2,0 ^a	12,0±1,5 ^{a,б}
			Девушки	4,1±0,5	22,0±3,0 ^a	14,0±2,0 ^{a,б}
	M	Время, сек.	Юноши	8,5±0,3	18,8±1,0 ^a	16,9±0,6 ^a
			Девушки	9,5±0,5	20,0±1,2 ^a	17,8±0,8 ^a
		Кол-во касаний	Юноши	1,5±0,2	12,0±0,8 ^a	8,0±1,2 ^{a,б}
			Девушки	1,8±0,4	14,0±1,0 ^a	9,0±2,0 ^{a,б}
Статический, время 30 сек.	Кол-во касаний		Юноши	2,4±0,2	10,2±1,2 ^a	12,1±1,0 ^a
			Девушки	2,8±0,6	11,0±2,0 ^a	13,0±2,0 ^a

Примечание: а - $p < 0,05$ по сравнению с начальными показателями; б - $p < 0,05$ по сравнению с показателями до экзамена

После экзамена в большинстве случаев отмечена тенденция к снижению повышенных показателей динамического тремора. В группе студентов с высокой Ad экзаменационный период также вызывал ухудшение этого показателя (табл. 4). Но выявленные изменения были не столь выраженными, как у студентов с низкой и средней Ad. Так, увеличение количества касаний в целом составило всего 2,7-3,6 раза. После экзамена показатели статического и динамического тремора у студентов с высокой Ad также практически не отличались от значений до экзамена, не отмечено и различий по половому признаку.

**Изменение динамического и статического тремора у студентов с высокой адаптивностью
во время экзаменационного периода**

Тремор	Форма щели	Показатели	Пол	Время исследований		
				Начало учебного года	Экзамен	
					До	После
Динамический	S	Время, сек.	Юноши	7,2±0,2	13,8±2,2 ^a	10,2±1,0 ^a
			Девушки	7,8±0,3	14,2±2,4 ^a	11,1±1,2 ^a
		Кол-во касаний	Юноши	3,5±0,5	12,0±2,0 ^a	14,2±2,0 ^a
			Девушки	4,1±0,5	14,0±3,0 ^a	16,0±3,0 ^a
	M	Время, сек.	Юноши	4,9±0,3	8,2±1,1 ^a	12,9±1,2 ^{a,б}
			Девушки	5,3±0,3	8,9±1,2 ^a	13,4±1,3 ^{a,б}
		Кол-во касаний	Юноши	5,0±0,2	18,0±3,0 ^a	14,0±1,2 ^a
			Девушки	5,5±0,4	19,0±4,0 ^a	15,0±2,0 ^a
Статический, время 30 сек.	Кол-во касаний		Юноши	4,8±0,5	13,0±1,0 ^a	13,0±2,0 ^a
			Девушки	5,1±0,5	14,0±2,0 ^a	14,0±3,0 ^a

Примечание: а - $p < 0,05$ по сравнению с начальными показателями; б - $p < 0,05$ по сравнению с показателями до экзамена

Выводы. Таким образом, по данным начала учебного года показатели тремора прямо пропорционально связаны со степенью психической адаптации, чем выше степень Ad тем лучше показатели тремора, и наоборот, чем психическая Ad ниже, тем они хуже. Во время экзаменационного периода показатели динамического и статического тремора во всех группах увеличились, но более выраженные изменения наблюдались у студентов с низкой Ad и важный факт, что в группах с высокой и средней Ad после экзамена имели тенденцию к снижению. Эти изменения говорят о том, что адаптивные возможности в период экзаменов исчерпываются быстрее у лиц с низкой Ad, так как они имеют низкий процент адаптивной возможности, чем у студентов других групп.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Орлова С.В. Оценка состояния здоровья студентов юношеского возраста с учетом соматипов. Автореф. дисс. к.м.н. Ростов - на - Дону, -2004. – 17 с.
- Салей А.П. Тремор рук, как фактор утомления / Физиология и психофизиология мотиваций: межрегион. сборник научных работ. - Воронеж. – 1999. – Вып. 3. – С. -130-134.
- Бадиков В.И., Быкова Е.В., Климина Н.В. Теория функциональных систем П.К.Анохина в изучении психофизических показателей результативной деятельности студентов // Вестник Российской АМН. 1997, №12. С.45-47.
- Игнатъева С.Н. Психофизиологические и метаболические аспекты адаптации к обучению студентов медицинского вуза на Европейском Севере. Автореф. Дисс. к.м.н. Курск, 2000, С. 290-295.
- Березина М.Г. Влияние психофизиологического потенциала на адаптацию к учебной деятельности. // Физиология человека. – 2002. – т.28, №3. – С. 23-29.
- Щербатых Ю.В. Вегетативные проявления экзаменационного стресса. Автореф. дис. докт. биол. наук. СПб. – 2001. – 32 с.
- Фролов Б.С. Новый принцип и способ инструментальной оценки психического состояния человека. В сб.: Актуальные вопросы стереоэпидемиологии эпилепсии. СПб. 1993, с. 136- 142.

УДК 616.34-002-022.6-053.2

ХАРАКТЕРИСТИКА ВСПЫШКИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ЛАГЕРЯ «ИСКОЖЕВЕЦ»

Рахманкулова Т. В., Сорокина О. Ю.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра детских инфекционных болезней с курсом ПО*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Крившич Т. С.

Энтеровирусы широко распространены повсеместно, они вызывают разнообразные по клиническим проявлениям и по степени тяжести заболевания, представляя серьезную проблему для здравоохранения. На территории России особое значение энтеровирусы приобретают в постсертификационный период ликвидации полиомиелита, так как происходящее выведение из естественной природной циркуляции полиовирусов способно привести к активизации других вирусов из семейства энтеровирусов – непوليوэнтеровирусов [2, 3].

Цель исследования: На основании анализа вспышки заболеваний в детском лагере «Искожевец» изучить особенности эпидемиологии и клиники энтеровирусной инфекции на современном этапе.

Задачи исследования:

- Изучить эпидемиологические особенности вспышечной заболеваемости энтеровирусной инфекцией в детском лагере «Искожевец».
- Проанализировать клинические проявления энтеровирусной инфекции у заболевших детей.
- Дать характеристику лабораторных изменений и результатов вирусологической расшифровки этиологии при данном заболевании у детей.

Материалы исследования: Исследования проводились на базе МУЗ ГК ДИБ №1 г. Красноярска. Анализировались эпидемиологические, клинические и лабораторные данные у 23 детей, заболевших в детском оздоровительном лагере «Искожевец» в августе-сентябре 2008 года.

Возрастной состав больных был следующий: дети от 9 до 11 лет составили 43%, 12-15 лет – 57%.

Результаты и их обсуждение: Симптомы заболевания у большинства детей (70%) появились в период с 18 по 27 августа 2008 года, у остальных - до 9 сентября. Следовательно, заболевание развивалось в течение 23 дней - срока, соответствующего продолжительности инкубационного периода при энтеровирусной инфекции. Заболели дети почти из всех отрядов

оздоровительного лагеря: из существующих 10 отрядов случаи заболевания были отмечены в 8. Сроки развития заболевания и его распространенность в коллективе свидетельствовали об одномоментности заражения детей. Из эпидемиологического анамнеза было установлено, что накануне все заболевшие дети купались в озере «Луговское», а также пили некипяченую воду. Вероятно, источником заражения послужила вода, т.к. известно [9], что для энтеровирусной инфекции характерен в основном фекально-оральный механизм передачи инфекции через воду (при купании в открытых водоемах, бассейнах, при употреблении некипяченой воды).

В очаге были зарегистрированы следующие клинические формы энтеровирусной инфекции: серозный менингит (61%), синдром менингизма (22%), серозный менингоэнцефалит (4%), комбинированная форма (13%) в виде сочетания менингита с герпангиной, либо сочетания синдрома менингизма с герпангиной и диареей. В основном (87%) у детей наблюдалась среднетяжелая форма болезни, реже (13%) - тяжелая форма заболевания. Следовательно, ведущим проявлением энтеровирусной инфекции было поражение центральной нервной системы.

При анализе клинической картины заболевания установлено, что у всех детей отмечалось острое развитие болезни с появления симптомов интоксикации. У большинства детей (70%) температура повышалась от 38 до 39°, реже (30%) она была субфебрильной. Длительность температуры у 87% детей составила 4 дня, у 8,7% - 6 дней, а у 4,3% - 10 дней. Помимо температуры, у детей наблюдались другие симптомы интоксикации: вялость, слабость, недомогание.

Все заболевшие жаловались на головную боль, у большинства детей (87%) она держалась до 6 дней, у остальных – до 7-10 дней.

Рвота встречалась у 90% больных, у 1/2 она была повторной, продолжительность рвоты составила 1-2 дня.

Менингеальные симптомы определялись у всех больных, причем в большинстве случаев (79%) они были слабо выраженными, реже (21%) – умеренными. Отмечалась диссоциация менингеальных знаков: чаще имелись ригидность затылочных мышц (48%) и симптом Кернига (43%), реже нижний Брудзинского (35%) и верхний Брудзинского (26%). Продолжительность выявления менингеальных симптомов составила 3-5 дней.

У больного серозным менингоэнцефалитом, кроме менингеальных симптомов, имелись очаговые симптомы: слабость конвергенции, горизонтальный нистагм, анизорефлексия.

Среди симптомов, свойственных энтеровирусной инфекции, чаще всего наблюдались: конъюнктивит (92%), склерит (87%), гиперемия и зернистость слизистой ротоглотки (35%), гиперемия лица (30%), лимфаденопатия (26%), герпангина (13%), разжиженный стул (8%), боли в животе (4%), небольшое увеличение печени и селезенки (4%).

При лабораторном обследовании больных оценивался анализ периферической крови, анализ спинномозговой жидкости, состояние глазного дна, проводилось вирусологическое и серологическое исследование для подтверждения энтеровирусной этиологии заболевания.

В анализе периферической крови у 57% больных выявлялся незначительный лейкоцитоз (от 9 до 17,5.10⁹), у 44% детей – нейтрофилез (от 65 до 81%), СОЭ, как правило, оставалась нормальной, лишь у 9% детей имелось ее небольшое ускорение до 15-20 мм/час. Обнаруженные изменения в анализе крови (тенденция к лейкоцитозу и нейтрофилезу на фоне нормальной СОЭ) являются характерными для энтеровирусной инфекции.

При анализе ликвора у больных с наличием серозного менингита отмечался лимфоцитарный плеоцитоз. Чаще (73%) плеоцитоз был трехзначный (количество клеток в ликворе обычно достигало 400-500кл/мкл), реже (20%) наблюдался двузначный цитоз с количеством клеток от 21 до 90 кл/мкл, у 1 больного (7%) отмечен четырехзначный цитоз до 1227 кл/мкл. Клеточный состав в ликворе у всех больных был представлен лимфоцитами: у 2/3 больных лимфоциты составляли 100%, у 1/3 - 90%. У 66% больных белок в ликворе превышал норму, у остальных детей он не изменялся. Колебания концентрации белка у больных менингитом составляли от 187 до 500 мг/л.

У ребенка с энтеровирусным менингоэнцефалитом ликвор макроскопически был мутноватый, цитоз в ликворе достигал 1450 кл/мкл, на 90% он был представлен лимфоцитами, концентрация белка увеличивалась до 702 мг/л.

При синдроме менингизма во время пункции ликвор вытекал под повышенным давлением, количество клеток ликворе было в пределах нормы (1-3 кл/мкл), содержание белка также было ближе к нижней границе нормы, составляя 160-299 мг/л.

При осмотре глазного дна застойных явлений не было обнаружено.

Для расшифровки этиологии заболевания использовалось вирусологическое исследование 2 проб фекалий, ликвора, крови, смывов из ротоглотки. Среди больных менингитом, обследованных методом ОТ-ПЦР, в 94% случаев в ликворе была выявлена РНК энтеровирусов. По литературным данным [1], чувствительность и специфичность ПЦР для выявления РНК энтеровирусов составляет 95%.

По результатам молекулярного типирования из обследованных 12 больных менингитом у 5 (42%) был изолирован энтеровирус В ЕСНО 9. Других разновидностей энтеровируса у детей не было обнаружено. Чаще (у 3 детей) вирус идентифицировался одновременно из нескольких материалов от больного (фекалии и смывы из ротоглотки), реже – только из фекалий либо из смывов ротоглотки.

На основании клинико-эпидемиологических, лабораторных данных и проведенного вирусологического исследования этиологией вспышки инфекционного заболевания в оздоровительном лагере «Искожевец» следует считать энтеровирус В ЕСНО 9.

Выводы:

Таким образом, считаем, что заражение детей в детском оздоровительном лагере «Искожевец» произошло при купании в открытом водоеме и употреблении некипяченой воды. Ведущей клинической формой заболевания был серозный менингит. Возбудителем заболевания явился энтеровирус В ЕСНО 9.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Марри Д. Инфекционные болезни у детей, М, 2006, с.631-639
2. О рекомендациях по эпидемиологии, клинике, диагностике и профилактике заболеваний, вызванных энтеровирусом 71 типа, № 01/5023-8-32 М., от 15.05.2008 г.
3. Эпидемиологический надзор и профилактика энтеровирусной (неполио) инфекции, методические указания МУ 3.1.1.2363-08, М., 2008

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИИ**Рахматова М. Р.***Бухарский государственный медицинский институт им. Авиценны
Кафедра клинической фармакологии***Научный руководитель: к.м.н., доц. Мусаева Д. М.**

Выбор источников достоверной информации имеет решающее значение для эффективной медицинской деятельности на всех ее уровнях. Концепция доказательной медицины подразумевает добросовестное, точное и осмысленное использование лучших результатов клинических исследований для выбора лечения конкретного больного. Подобный подход позволяет снизить уровень врачебных ошибок, облегчить процесс принятия решения для практических врачей, администрации лечебных учреждений, а также уменьшить расходы на здравоохранение и использовать экономленные средства для претворения в жизнь социально ориентированных медицинских проектов. Прошло почти 5 лет с появления «Клинического руководства по скринингу, профилактике и лечению железодефицитных анемий (ЖДА) у детей, женщин фертильного возраста и беременных», утвержденного Министерством здравоохранения Республики Узбекистан от 15.05.2004. Подобные руководства под новым углом рассматривают вопросы обучения и самообразования практических специалистов, стимулируют отказ от недостаточно эффективных методов лечения и профилактики повышая уровень медицинской помощи больным железодефицитной анемией. Стандарты и протоколы по клинической практике предназначены, главным образом, для врачей общей практики (семейных врачей) и посвящены наиболее общим вопросам диагностики и лечения. Клиническое руководство предоставляет врачам необходимую и точную информацию, позволяют оптимизировать лечебный процесс и обеспечить высокое качество медицинской помощи в любом из лечебных учреждений. Современный врач нуждается в строго взвешенных рекомендациях, основанных на данных наиболее качественно выполненных клинических исследований. Поэтому применение методов доказательной медицины, на наш взгляд, более перспективно и в дальнейшем обещает стать стандартом при подготовке клинических руководств.

Цель настоящего исследования – ознакомить практических врачей с результатами использования концепции доказательной медицины (ДМ) на примере рекомендаций по лечению больных ЖДА.

Материалы и методы. Проанализировано 1369 медицинских карт амбулаторных больных с диагнозом ЖДА в период 1999-2003 и 2004-2008 гг. территории, обслуживаемых врачами общей практики I-учебно-врачебного центра. Карты были разделены на 2 группы. В I - группу входили медицинские карты амбулаторных больных с ЖДА (716 карт) за период 1999-2003, которые велись не традиционно. II - группа медицинских карт (653 карт) за 2004-2008 гг. состояла из медицинских карт больных ЖДА, которые с 2004 года получали лечение в соответствии с утвержденными стандартами. Проведено сравнительное изучение эффективности лечения и профилактики ЖДА у этих групп больных.

Результаты и обсуждение. В медицинских картах первой группы - больные наряду с ферропрепаратами (недостаточная дозировка и продолжительность) получали витамины группы В (В1,В6,В12), глюкозу, аскорбиновую кислоту т.е. необоснованное, нерациональное лечение. Изучение записей и результатов анализов крови в картах данной группы показали, что положительная динамика в течение 2 месяцев наблюдалась у 17,8% больных, отсутствие динамики у 68,6%, ухудшение состояния наблюдалось у 13,6% пациентов. Вторая группа больных получали лечение в соответствии со стандартами ведения больных ЖДА. Анализ эффективности лечения и динамики анализов крови показали положительную динамику в течении 2 месяцев наблюдалась у 49,8% больных (II - группа), отсутствие динамики у 18,6%.

Выводы: Ведение больных ЖДА по стандартам эффективно как в плане лечения, так и в плане профилактики. Применение стандартов в лечении улучшает динамику показателей крови, общего состояния больных ЖДА, уменьшает количество больных с ухудшением состояния.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Доказательная медицина // Клиническая фармакология. 1999. Т. 6. С. 3.
2. Beveridge R.C. et al. // Can. Med. Association J. 1996. V. 155. P. 25.
3. Casavant M.G. et al. // Annals of Emergency Medicine. 2000. V. 35. P. 47.
4. Emond S.D. et al. // Annals of Emergency Medicine. 1998. V. 31. P. 590.
5. Greening A.P. et al. // Lancet. 1994. V. 344. P. 219.
6. Lipworth B. // Lancet. 1997. V. 350. Suppl. II. P. 18.
7. North of England evidence based guidelines development project // BMJ. 1996. V. 312. P. 762.
8. Shrewsbury S. et al. // BMJ. 2000. V. 320. P. 1368.

**ВОЗМОЖНОСТИ БИОДЕГРАДИРУЕМЫХ ПОКРЫТИЙ И КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
В РЕОРГАНИЗАЦИИ ГЛУБОКОГО ОЖОГА****Рендашкин И. В., Беляев В. С., Арапова В. А.***Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого**Центр репродуктивной медицины**Кафедра оперативной хирургии с топографической анатомией***Научные руководители: проф., д.м.н. Большаков И. Н., проф., д.м.н. Кириченко А. К.,****к.б.н. Еремеев А. В., к/о Власов А. А.**

Введение. Прогресс в интенсивной терапии обожженных больных сделал возможным спасение их с ожогами 80% кожной поверхности. В связи с этим возросла потребность в коже или ее искусственных эквивалентах, что стимулировало многочисленные исследования в этом направлении [1,4]. Разработка деградирующих адгезивных полимерных покрытий с высокой сорбирующей способностью и различными сроками рассасывания является в настоящее время наиболее актуальным направлением в области создания эффективных аппликаций на раны и ожоги [3]. Установлено, что присутствие фибробластов весьма важно для формирования базального белкового слоя, а также компактного соединения между дермальным эквивалентом и реконструированным эпидермисом [5].

Материалы и методы. Термический ожог кожи моделировался на 124 крысах самцах популяции Wistar массой 180-220 г. В основу настоящего исследования положена экспериментальная модель, разработанная литовскими учеными при изучении влияния препарата на процесс заживления глубокого ожога кожи крыс [2].

Цель исследования: на экспериментальном материале изучить морфологические особенности реконструкции ожоговой раны при использовании дермально-эпидермального эквивалента кожи.

Задачи:

1. Получить модель ожоговой раны III-Б степени на экспериментальных животных (крысах).
2. Дать качественный и количественный гистологический и иммуногистохимический анализ структур обширной раневой ожоговой поверхности III-Б степеней в динамике заживления при применении опытных раневых покрытий «Коллахит-БОЛ», содержащих гликозаминогликаны и факторы роста.
3. Дать визуальный планиметрический анализ ожоговой раны при использовании аллогенных эмбриональных фибробластов и стволовых клеток человека.

Животным после удаления волосяного покрова в паравerteбральной области спины на уровне ее середины под эфирным наркозом создавали контактный термический ожог медной пластинкой с силой в 1,255Н, нагретой до 2200С. Время экспозиции пластины составило 14 сек с глубиной ожога IIIБ степени. Для вычисления процентного соотношения ожоговой поверхности к общей площади тела у крыс используется формула, предложенная Lee (1929), в модификации формулы Мее – Рубнера: $S = K \times W^{0,60}$, где S – поверхность тела в квадратных сантиметра, K – коэффициент, равный 12,54, W – вес животного в граммах. Площадь ожоговой раны составляла 26 см² и 13 см² (9-10% и 4-5% от общей поверхности кожи крысы соответственно). Предварительно глубина ожоговой травмы была определена на гистологическом срезе ткани кожи. День нанесения ран животным считали нулевым. На 2-й день после механического удаления струпа с использованием растворов антисептиков в условиях асептики с помощью раневого покрытия, содержащего сульфатированные и несulfатированные гликозаминогликаны, сывороточный фактор роста «адгелон» (патенты РФ № 2252787 от 27.05.2005, № 2254145 от 14.10.2003) и аллогенные эмбриональные фибробласты, закрывали ожоговую рану. Сроки анализа репарации ожоговой поверхности составляли 3,5,7,10,13,15,20,26 и 30 сутки с момента травмы. Парафиновые срезы окрашивали гематоксилином и эозином и по Ван-Гизону. Анализ срезов производили с использованием цифрового микроскопического комплекса «Leica DMLB». Для получения эмбриональных фибробластов использовали фетусы крыс (7-10-й день беременности).

Клиническую оценку результатов производили на основе динамического визуального, планиметрического, гистологического, иммуногистохимического контроля состояния ожоговой поверхности.

Иммуногистохимические реакции проводились по стандартному стрептавидин – биотин – пероксидазному методу с моноклональными и поликлональными антителами. Использовали следующие моноклональные и поликлональные антитела Ki-67, металлопротеиназа-9 (MMP-9), металлопротеиназа-2 (MMP-2), CD68, трансформирующий фактор роста β_1 (TGF β_1), коллаген IV и VII типов («Novocastra», GB) (табл. 1).

Таблица 1

Применявшиеся антитела	Цель применения, специфичность
Ki-67	Оценка воспаления и процессов репарации. Маркер пролиферативной активности клеток.
MMP-9	Оценка ремоделирования внеклеточного матрикса. Деструкция компонентов соединительнотканного матрикса.
MMP-2	Оценка ремоделирования внеклеточного матрикса. Деструкция компонентов соединительнотканного матрикса.
CD68	Экспрессируется в цитоплазме моноцитов, макрофагов, являющихся ключевыми клеточными элементами воспалительного процесса.
TGF β_1	Оценка процессов репарации. Фиброгенный фактор.
коллаген IV типа	Оценка ремоделирования внеклеточного матрикса. Составной компонент базальных мембран.

Статистический анализ выполнен на персональном компьютере по непараметрическому критерию статистики Вилкоксона-Манна-Уитни и параметрическому критерию Стьюдента.

Результаты и обсуждение. После действия контактного ожога во всех сериях групп животных наблюдали одинаковую картину формирования коагуляционного некроза. Кожный покров в пределах приложения раскаленной пластины приобретал бурую, коричневую окраску и соответствовал её размерам. В результате механического удаления сформировавшегося струпа и полного закрытия дефекта кожи коллаген-хитозановым покрытием различий изменение состояния раневого дефекта регистрировали с помощью метода планиметрии. Так, уже на 10-е сутки после нанесения травмы достоверно различались площади контрольных и опытных ожоговых ран IIIБ степени с вероятностью $P < 0,05$. Достоверно различались площади ран по сравнению с контролем и в последующие сроки измерения. К 20-м суткам эксперимента в результате постепенной биодеградация раневого покрытия ожоговая рана покрывалась прочной бардовой коркой как в контрольной, так и в опытной группах. Следует отметить, что достоверные различия в уменьшении площади ран были между группами IIIА и IIIБ степеней ожога ($P < 0,05$). Восстановление кожи после ожога IIIА степени происходило не только за счет нарастания эпителия с краев раны, но и появления пролиферирующих участков сохранившейся дермы в центре раны, что нашло отражение в меньшем размере площадей ран в разные сроки по сравнению со степенью ожога IIIБ. Учитывая, что в контрольной группе второй серии на рану накладывали марлевые повязки, процесс репарации кожи после некрэктомии имел другую картину. Раневой дефект постепенно заполняли мелкозернистые насыщенно-малинового цвета образования, обильно кровоточащие при малейшем повреждении во время смены очередных повязок. К 30-м суткам после ожога рана покрыта темно-красной коркой с неровными краями. В связи с медленной краевой эпителизацией и низкими регенеративными процессами в центре раны площадь последней значительно превосходила по величине таковую

в опытной группе животных и составляла 14,73 см² против 2,17 см² соответственно. Существенно ускорило качественное образование рубца применение коллаген-хитозанового раневого покрытия с культурой аллогенных эмбриональных фибробластов. Дефект в центре ожоговой раны активно был вовлечен в процесс репарации. На 7-е сутки на месте искусственного покрытия отмечено образование розовых островков зернистого характера, постепенно разрастающихся к периферии. А уже к 13-м суткам ожоговый дефект заполнен грануляциями.

При использовании раневых покрытий «Коллахит-Бол» для пластики ожоговой поверхности очевидна более ранняя продуктивная воспалительная реакция как по краям ожогового дефекта кожи, так и в центре обширного ожога. На это указывает в опытной группе животных на 13 сутки наибольшее количество по сравнению с контролем продуктов иммуногистохимической реакции маркера Ki-67, выявляющегося в краях и дне раны в макрофагах, фибробластах, эндотелии капилляров ($P < 0,05$). На 13-сутки у крыс опытной группы вся поверхность ожогового дефекта послойно выстлана молодой и зрелой грануляционной тканью, толщина которой составляет $406,01 \pm 36,78$ мкм по сравнению с контролем ($265,05 \pm 12,18$ мкм; $P < 0,01$), содержащей $11,54 \pm 0,61\%$ вновь образованных микрососудов.

Активное формирование краевой пролиферативной реакции эпидермиса наблюдается в сроки 15-20 дней после пластики раны. Это подтвердилось в непосредственном участии базального слоя кожи, толщина которого в опыте на 16-сутки достоверно превосходила контроль, $34,56 \pm 2,17$ мкм и $11,45 \pm 2,96$ мкм соответственно ($P < 0,01$). На дне раны в этот же срок формируется слой зрелой и незрелой соединительной ткани, достоверно отличающийся по толщине в опыте от контроля, $699,86 \pm 85,4$ мкм и $473,12 \pm 51$ мкм, соответственно ($P < 0,01$). В опыте имеет место высокая интенсивность процессов репарации, которая отражается на степени активности фиброгенного фактора $TGF\beta_1$. На 16 сутки в цитоплазме фибробластов, фиброцитов, в эндотелии микрососудов отмечается более высокая и выраженная реакция этого маркера – $2,8 \pm 0,08$ баллов ($P < 0,05$). В контроле же на 16 сутки в фибробластах, фиброцитах реакция оценивается как умеренная, снижаясь до минимальной по направлению к центру раны и составляет $2,3 \pm 0,08$ баллов. Деграция раневого покрытия начинается с 20-х суток. Характерной особенностью применения раневого покрытия «Коллахит-Бол» является более быстрое созревание грануляционной ткани (на 7-е сутки). При использовании покрытия Коллахит-Г развитие грануляционной ткани в большей степени выражено на 15 сутки.

Выводы.

1. Получена модель ожога кожи IIIБ степени.
2. При местном лечении глубокого ожога кожи с помощью коллаген-хитозанового раневого покрытия Коллахит-Бол, создаются благоприятные морфофункциональные условия для готовности ожоговой раны к пластике полноценным кожным лоскутом или дермально-эпидермальным эквивалентом кожи, содержащим искусственно введенное необходимое клеточное микроокружение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дешпанде М.Ш., Моджамдар М.В. «Подобная ткани организация клеток и подобные ткани макроскопические конструкции, полученные при помощи культивирования макромассы клеток, и способ культивирования макромассы». Заявка на изобретение, №2006134630, C12N5/06, C12N5/08, БИМП от 10.04.2008.
2. Клебановас Ю., Лашас Л., Лашене Д., Пангоните Д. //Проблемы эндокринологии – 2005. - №1. – С.42-46.
3. Парамонов Б.А., Порембский Я.О., Яблонский В.Г. Ожоги. - СПб.: СпецЛит, 2000. - 488с.
4. Спичкина О.Г., Калмыкова Н.В., Воронкина И.В. // Скорая медицинская помощь. - 2006. - №3. - С. 178-180
5. Black A.F., Hudon V., Damour O., Germain L., Auger F.A. A novel approach for studying angiogenesis: a human skin equivalent with a capillary-like network. Cell.Biol.Toxicol. 1999. - Vol. 15. - No2. - P. 81-90.

УДК 616.37-002.4-089.168

АНАЛИЗ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Реутова В. Л., Розенталь А. А.

*Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е. А. Вагнера
Кафедра факультетской хирургии с курсом урологии*

Научный руководитель: д.м.н., проф. Субботин В. М.

Введение: лечение больных с панкреонекрозом сопровождается высокой летальностью, достигающей, по данным литературы, 40-60%. Проблема оперативного лечения панкреонекроза, несмотря на развитие современной хирургии, до настоящего времени остается нерешенной. Основные трудности лечения панкреонекроза связаны со своевременной диагностикой и выбором рациональной лечебной тактики. Исход панкреонекроза определяется, в первую очередь, распространенностью поражения забрюшинной клетчатки, а также ткани железы.

Цель:

- 1) провести анализ оперативного лечения панкреонекроза при традиционных и миниинвазивных вмешательствах.
- 2) улучшить результаты лечения больных панкреонекрозом.

Материалы: проведен анализ 528 больных с различными формами острого панкреатита, находившихся на лечении в городских клинических больницах №2, №4, №6 г. Перми, в период с 1999-2007гг. Панкреатит легкой и средней степени тяжести выявлен у 427 (80,9%), тяжелой степени – у 101 (19,1%). Из них 271 (51,3%) больному выполнено миниинвазивное оперативное вмешательство. В дальнейшем открытые операции проведены 153 (31,7%) больным, релапаротомии 23 (4,4%) больным. Повторное миниинвазивное оперативное вмешательство применялось у 71 (13%), из них мужчин 43 (60,6%) и 28 (39,4%) женщин.

Релапароскопия выполнена у 64 (12,1%) пациентов. Объем первичного и повторного эндохирургического вмешательства при остром панкреатите зависел от характера поражения поджелудочной железы, формы воспаления желчного пузыря, тяжести перитонита, наличия желчной гипертензии, нарушения дуоденальной проходимости, воспаления парапанкреатической клетчатки, наличия, распространенности и формирования парапанкреатических и параколитических флегмон.

Распределение острого панкреатита по формам:

- 1) острый панкреатит 322 (31%);

- 2) асептический панкреонекроз 36 (50,7%);
- 3) инфицированный панкреонекроз 13 (18,3%).

При асептических формах панкреонекроза во время повторных миниинвазивных вмешательствах объем операции соответствовал выявленной патологии с учетом ее распространенности. Больным с тяжелыми формами панкреонекроза применялись следующие виды эндоскопических вмешательств: санация и дренирование брюшной полости во всех 36 случаях, прямая панкреатоскопия, санация и дренирование сальниковой сумки в 27 (75%) случаях, люмботомии у 14 (38,9%) больных, холецистостомия и эндоскопическая папилллотомия у 5 (13,9%), бурсостомия и некрсеквестрэктомия из мини-доступа (при признаках аутолиза поджелудочной железы с секвестрацией последней).

Инфицированный панкреонекроз при повторных лапароскопиях выявлен у 13 (18,3%) больных. Причины его появления обусловлены поздней обращаемостью пациентов и быстрым прогрессированием заболевания. Инфицированный панкреонекроз подтвержден при бактериологическом исследовании полученного экссудата из брюшной полости и забрюшинного пространства.

К косвенным эндоскопическим признакам инфицированного панкреонекроза относились: появление гнойного экссудата в брюшной полости и сальниковой сумке, скопление гноя с детритом в проекции поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки. В тех случаях, когда признаки абсцедирования устанавливались по данным саналогических и повторных видеохирургических исследований, производилось вскрытие последних с использованием операционного набора «мини-ассистент». Полость абсцесса промывалась растворами антисептиков, после осмотра поджелудочной железы при необходимости производилась некрсеквестрэктомия.

Дренирование забрюшинного пространства контролировалось лапароскопической методикой с использованием минилюмботомии 9 (69,2%) больным с признаками формирования парапанкреатических и параколитических флегмон.

У 5 (38,5%) больных с инфицированным панкреонекрозом ввиду невозможности адекватного дренирования и большой распространенности гнойно-некротического процесса выполнены лапаротомии с широким вскрытием и дренированием забрюшинного пространства и сальниковой сумки. В качестве дренажей использовались латексная резина, силиконовые и полихлорвиниловые трубки разного диаметра и длины.

Применение широкой лапаротомии для лечения деструктивных форм панкреатита давало летальность 24%. Использование миниинвазивных оперативных вмешательств при подобных поражениях позволило снизить летальность до 12%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мартов Ю. Б. Острый деструктивный панкреатит. Медицинская литература. – Москва, 2001. – С. 7-78
2. Касумян С. А. Лечение-тактические аспекты при остром деструктивном панкреатите // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – Москва, 2007. - №3. – С. 65

УДК 748812

УРОВЕНЬ АГРЕССИВНОСТИ ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВУЮ ТРАВМУ

Решенок Д. Н.

*Гомельский государственный университет им. Франциска Скорины
Кафедра психологии*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Соколова Э. А.

Актуальность выбранной темы обусловлена широкой распространенностью черепно-мозговых травм среди населения, недостаточной изученностью психологических особенностей людей, их перенесших. [2]. Вместе с тем, согласно данных литературы, у данной группы отмечается снижение уровня социальной адаптации, включая возникновения трудностей в межличностных отношениях, в семейном кругу, по месту работы и иных сферах жизнедеятельности. [2,3] К сожалению, эти люди не всегда попадают в поле зрения психолога либо психотерапевта, которые реально смогли бы им помочь решить ряд возникающих у них психологических проблем.

Последствия черепно-мозговой травмы изучали как психологи (например, Б.В. Зейгарник, А.Р. Лурия, И.А. Кудрявцев и др.), так и медики: невропатологи, нейрохирурги, психиатры (например, Т.А. Доброхотова, В.Б. Смычек, Г.Я. Хулуп и др.). В результате их научных исследований было установлено, что черепно-мозговые травмы являются наиболее распространенными среди населения травмами, которые бывают у лиц наиболее трудоспособного возраста, особенно у мужчин. В числе получивших травму головы много оказывается детей, женщин и стариков [3]. Закрытая черепно-мозговая травма встречается значительно чаще, чем открытая. Закрытые черепно-мозговые травмы составляют 90,4 % всех травматических поражений головного мозга. Этим обстоятельством объясняется и значение патопсихологических исследований в отдаленный период черепно-мозговой травмы. Помимо острых последствий черепно-мозговой травмы, имеются локальные, которые, в зависимости от локализации, влияют на речь, память, внимание, моторику. И, как отмечает И.А. Кудрявцев, влияют на работоспособность, которая с течением времени может и не восстанавливаться. Отдаленные последствия черепно-мозговой травмы являются фактором, негативно влияющим на работу мозга [1]. Черепно-мозговые травмы в целом негативно влияют на психоэмоциональную сферу человека.

В России, по данным В.М. Блейхера, частота черепно-мозговых травм – 4 случая на 1000 населения ежегодно. В структуре черепно-мозгового травматизма доминирует бытовой (40-60%). Значительное место занимает умышленное нанесение повреждений (до 45%), обычно в состоянии алкогольного опьянения. Далее следует дорожно-транспортный травматизм, который составляет 20-30%; половина из этого числа приходится на автодорожные травмы. 94 % травм мотоциклистов составляют именно черепно-мозговые травмы. Доля производственного травматизма составляет 4-12%, спортивного – 1,5-2% [2].

Для выявления психологических особенностей группы людей, перенесших черепно-мозговую травму, проведено пилотажное исследование группы мужчин. Мужчины взяты для исследования, т.к. у них такие травмы встречаются чаще. [2] Группа испытуемых состояла из 25 мужчин в возрасте 19-24 года, которые перенесли черепно-мозговую травму в последние 1-2 года (со средней и тяжелой степенью тяжести, находившихся на лечении в стационаре), работающих

и не являющихся инвалидами. Контрольную группу составили 25 студентов университета мужского пола в возрасте 21-22 года, которые ранее не переносили черепно-мозговую травму. В результате исследования выявлен ряд психологических особенностей у данной группы после перенесения травмы: повышенный уровень астенизации, пониженный уровень коммуникативного контроля и другие, в целом свидетельствующие о наличии социально-психологических проблем у этих лиц. [4,5,6] Для определения наличия психологических проблем автором также была подготовлена специальная анкета, которая включала вопросы о наличии данных проблем в различных сферах жизнедеятельности (семья, работа и т.д.). Анкетирование происходило анонимно. 8 % из числа группы испытуемых отметили возникновение проблем с законом после перенесения черепно-мозговой травмы, в контрольной группе данный показатель равнялся 0 %. Возник закономерный вопрос: не подвержены ли в большей, по сравнению с другими людьми, степени, лица, перенесшие черепно-мозговые травмы, попаданию в криминогенные ситуации, влекущие проблемы с законом? Автором была выдвинута гипотеза о том, что попадание в криминогенные ситуации является следствием психологических проблем, возникающих после перенесения черепно-мозговой травмы, в частности, из-за возможного повышения уровня агрессивности. Вместе с тем, точно неизвестно, является ли перенесение черепно-мозговой травмы причиной повышенной агрессивности, либо, наоборот, повышенная агрессивность являлась причиной попадания в ситуации, влекущие получение травмы этого вида. С целью проверки гипотезы было решено провести дополнительное исследование той же группы испытуемых с применением теста Басса-Дарки для установления уровня физической агрессивности вышеуказанных лиц (контрольная группа также не менялась).

Результаты исследования приведены в ДИАГРАММАХ 1 и 2:
ДИАГРАММА 1

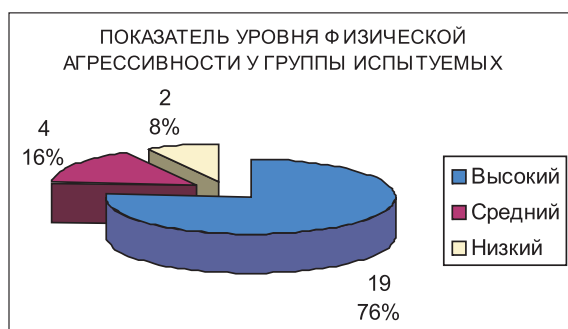
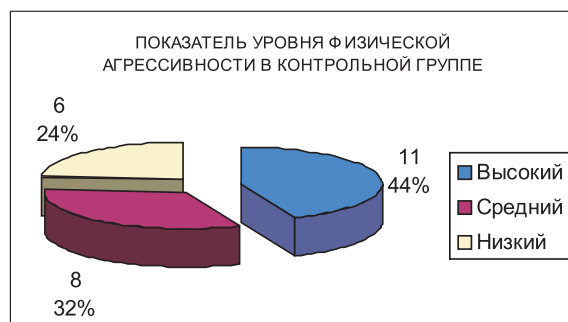


ДИАГРАММА 2



Из представленных диаграмм видно, что в группе испытуемых имеется 19 человек с высоким уровнем физической агрессивности (76%), в то время, как в контрольной группе 11 человек (44%). 4 человека (16%) в группе испытуемых имеют средний уровень физической агрессивности, в контрольной группе 8 человек (32%). 2 человека (8%) в группе испытуемых обнаруживают низкий уровень физической агрессивности, в контрольной группе с таким уровнем физической агрессивности 6 человек (24%).

В результате обработки вышеуказанных данных установлено, что в группе испытуемых в 1,7 раза больше людей с высоким уровнем физической агрессивности, чем в контрольной группе, но, вместе с тем, в 2 раза меньше людей со средним уровнем физической агрессивности, в 3 раза меньше лиц с низким уровнем физической агрессивности. Как видно, в обеих группах прослеживается тенденция к повышению уровня физической агрессивности, однако, в целом, в группе испытуемых больше лиц с высоким уровнем физической агрессивности (76%), по сравнению с контрольной группой (44%).

Анализ полученных данных указывает на то, что действительно именно психологические проблемы, возникшие после перенесения черепно-мозговой травмы, могли явиться причиной попадания лиц из числа группы испытуемых в криминогенные ситуации и, как следствие, возникновению проблем с законом. Об этом свидетельствуют полученные данные о более высоком уровне агрессивности в группе испытуемых по сравнению с контрольной группой. Однако, необходимо отметить, что исследование в данном направлении необходимо продолжить на большей выборке с целью уточнения полученных результатов, т.к. неизвестно явилось ли перенесение травмы причиной повышения уровня физической агрессивности, либо люди с повышенной физической агрессивностью склонны попадать в ситуации, ведущие к получению травмы.

Таким образом, проведенное нами исследование показало, что люди с последствиями черепно-мозговой травмы нуждаются в психологической коррекции и медицинской реабилитации, они должны находится на диспансерном учете определенное время после перенесения данного вида травмы. Черепно-мозговые травмы в целом негативно влияют на психоэмоциональную сферу человека, в связи с чем следует разрабатывать коррекционные программы с целью профилактики негативных отдаленных психологических последствий у данной группы больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бехтерев В.М. Мозг : структура, функция, патология, психика.—М. : Поматур, 1997.— С. 423-425.
2. Блейхер В.М., Клиническая патопсихология./ В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков—М. : «МОДЭК», 2002.—С. 296-297.
3. Гордова Т.Н. Травмы головного мозга : Руководство по судебной психиатрии / Т.Н. Гордова—М. : Мед., 1977.—С. 12.
4. Решенко Д.Н. Психологические особенности больных, перенесших черепно-мозговую травму // Сборник материалов 72-й итоговой студенческой научно-практической конференции с международным участием имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, посвященной 100-летию со дня рождения профессора П.Г. Подзолкова, 22-25 апреля 2008 года.—Красноярск: Изд-во ООО «Версо», 2008.—С. 470-472.
5. Решенко Д.Н. Социально-психологические проблемы людей, перенесших черепно-мозговую травму // Актуальные проблемы медицинской реабилитации: тезисы докладов республиканского научно-практического семинара. Гродно, 22-23 мая 2008 г. —Минск: НИИ МСЭи Р, 2008.—С. 84-85.
6. Решенко Д.Н. Вопросы усиления психологической работы в системе здравоохранения // «Молодой организатор здравоохранения» Сборник научных статей студентов и молодых ученых, посвященный памяти профессора В.К. Сологуба.—Красноярск: ГОУ ВПО «Красноярский государственный университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», 2008.—С.258-261.

УДК 616.381-002-06 : 616-002-085

КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ

Роговенко А. А., Питченко Е. В., Беликов Д. В., Чудаков М. В.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра общей хирургии, хирургических болезней № 2

Научные руководители: д.м.н., проф. Винник Ю. С., д.м.н., проф. Черданцев Д. В.

Резюме. В статье приведены данные литературы по патогенезу синдрома системной воспалительной реакции. Представлены результаты лечения 30 больных с распространенным гнойным перитонитом, в комплексном лечении которых применялся иммуномодулирующий препарат «Галавит» в сравнении с группой из 28 пациентов, которые не получали иммуномодулирующую терапию. Применение препарата «Галавит» способствовало снижению гнойно-септических осложнений и показателей летальности в исследуемой группе.

Ключевые слова: распространенный гнойный перитонит, синдром системной воспалительной реакции, провоспалительные медиаторы, интерлейкины, иммунокоррекция, галавит.

Проблема эффективного лечения распространённого гнойного перитонита (РГП) остаётся актуальной и в начале XXI века. Только в России ежегодно оперируют более 300000 больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. В 15-25% течение urgentных хирургических заболеваний осложняется перитонитом. Летальность при распространенном перитоните, по данным разных авторов, колеблется от 10% до 60%, а при госпитальном перитоните может достигать 90% [5, 9, 14].

В основе неблагоприятного исхода лечения распространенного перитонита лежит развитие реакции генерализованного воспаления. За счет поддержания баланса между про- и противовоспалительными медиаторами создаются предпосылки для эрадикации патогенных микроорганизмов и поддержания гомеостаза [7, 8, 11, 13].

С позиций взаимодействия про- и противовоспалительных медиаторов возможно условное выделение двух периодов. Первый, начальный - период гипервоспаления, характеризуется выбросом сверхвысоких концентраций провоспалительных цитокинов, окиси азота, что способствует развитию шока и формированию в ранние сроки синдрома полиорганной недостаточности. Однако уже в данный момент происходит компенсаторное выделение противовоспалительных цитокинов, снижение содержания медиаторов воспаления, уменьшение функциональной активности иммунокомпетентных клеток [2, 3, 12].

Учитывая сложность возникающих иммунных нарушений, целесообразным является применять комплексное иммуномодулирующее воздействие, направленное на ослабление иммуносупрессорного влияния группы эндогенных противовоспалительных медиаторов и дозированное увеличение продукции цитокинов с иммуностимулирующей активностью.

Цели и задачи

1. Оценить влияние иммуномодулирующего препарата «Галавит» на звенья иммунного ответа у больных хирургическими заболеваниями брюшной полости, осложненными распространенным гнойным перитонитом,
2. Оценить влияние иммуномодулирующего препарата «Галавит» на тяжесть системной воспалительной реакции в ранние сроки послеоперационного периода у больных, оперированных по поводу распространенного гнойного перитонита.
3. Оценить влияние иммуномодулирующего препарата «Галавит» на частоту развития системных и гнойных осложнений перитонита, показатели летальности у больных хирургическими заболеваниями брюшной полости, осложненными распространенным гнойным перитонитом.

Материал и методы. Обследовано 58 больных с различными заболеваниями органов брюшной полости, осложненными распространенным перитонитом.

В группу сравнения вошло 28 больных, которых лечили в соответствии с протоколами неотложной помощи и интенсивной терапии больных распространенным гнойным перитонитом, рекомендованными 9 съездом Федерации анестезиологов и реаниматологов (Иркутск, 2004 г.). Исследуемую группу составили 30 больных, у которых дополнительно в до- и послеоперационном периоде применялся отечественный иммуномодулятор «Галавит». Группы были сопоставимы по половым, возрастным показателям, тяжести заболевания. Среди обследуемых были лица обоего пола в возрасте от 17 до 68 лет, среди них было 38 мужчин (65,5%) и 20 женщин (34,5%). Оценка тяжести состояния проводилась на основе Мангейского перитонеального индекса. Группы были сравнимы по тяжести перитонита.

Все больные были оперированы в течение первых 6 часов с момента поступления в стационар. Объём операции определялся в зависимости от источника перитонита. После устранения источника перитонита всем больным проводили санацию брюшной полости, назоинтестинальную интубацию, дренирование брюшной полости 4-я и более силиконовыми дренажами.

Для исследования состояния иммунной системы у больных с распространенным гнойным перитонитом определяли количество иммунокомпетентных клеток с различными фенотипами поверхностных рецепторов, субпопуляции лимфоцитов; показатели гуморального иммунитета - концентрацию сывороточных иммуноглобулинов (Ig) классов М, G, A,

уровень циркулирующих иммунных комплексов и антителообразующих комплексов. Производили подсчет иммунорегуляторного индекса (Т-хелперы/Т-супрессоры), фагоцитарного индекса. Изучали концентрацию IL-2, IL-6, TNF- α , оксида азота. Для статистической обработки полученных результатов применялись параметрические и непараметрические методы

Результаты и обсуждение. При поступлении у больных с распространенной формой гнойной инфекции брюшной полости регистрировались следующие изменения: снижение процентного содержания основных фракций Т-лимфоцитов – CD2+ , CD4+ , CD8+, абсолютное количество лимфоцитов было ниже нормальных значений, однако иммунорегуляторный индекс (ИРИ) соответствовал норме, повышение уровня Ig A, антителообразующих комплексов (АБОК), уровень Ig M умеренно превышал нормальные значения.

Исходно низкие показатели фагоцитарного индекса у больных группы сравнения свидетельствуют о нарушении первой линии антимикробной защиты организма.

На 14 сутки наблюдения изменения в иммунограмме больных соответствовали иммунодефициту средней или тяжелой степени. Отмечено снижение абсолютного количества лимфоцитов, фракций Т-лимфоцитов CD2+, CD4+ на фоне статистически значимого увеличения уровня CD8+ по сравнению с исходными значениями, снижение иммунорегуляторного индекса, увеличение уровня АБОК и концентрации циркулирующих иммунных комплексов.

Анализ изменения гуморального звена иммунитета выявил тенденцию к снижению уровня основных фракций иммуноглобулинов на протяжении всего периода наблюдения.

Максимально высокий уровень концентрации ФНО и IL-6 наблюдался в первые дни наблюдения. Уровень IL-2 снижался. Наиболее высокие цифры уровня оксида азота зарегистрированы на третьи сутки наблюдения. На 10 сутки концентрация снижалась, но далее прослеживалась тенденция к увеличению показателя. Пик апоптоза ИКК и сегментации нейтрофилов был зафиксирован на 5 сутки.

Полученные данные подтверждают наличие взаимосвязи между высоким уровнем TNF- α , NO и интенсивностью процессов апоптоза ИКК. Медиаторный взрыв приводит к массивной гибели клеток неспецифической защиты (нейтрофилы, макрофаги) и Т-лимфоцитов, что сопровождается развитием на 5-7 сутки иммунодепрессии.

В группе сравнения у 20 больных (71,4%) потребовалась однократная повторная санация брюшной полости, в 7 случаях (25%) релапаротомии выполнялись трижды. Среднее количество санаций на одного пациента в 1 группе составило 2,2.

В раннем послеоперационном периоде наиболее часто развивались системные осложнения. Гнойные осложнения регистрировались, как правило, в начале второй-третьей недели послеоперационного периода, что соответствовало срокам развития вторичной иммунной недостаточности. Летальность в группе сравнения составила 32,1% (9 человек).

Эффективность применения галавита изучена у 30 больных хирургическими заболеваниями брюшной полости, осложненными распространенным гнойным перитонитом, которые составили 2-ю группу.

На фоне лечения галавитом на 7 сутки наблюдения происходило достоверное повышение содержания фракции CD2+ по сравнению с исходными показателями, возрастал фагоцитарный индекс. На 14 сутки наблюдения восстанавливались значения относительного и абсолютного содержания лимфоцитов крови, фракций CD2+, CD4+ и иммунорегуляторного индекса. Концентрация иммуноглобулинов Ig A, Ig G, Ig M соответствовала норме и достоверно отличалась от первоначальных показателей. Концентрации IL-2, IL-6, TNF- α , оксида азота и процент апоптоза ИКК достигли нормальных величин.

Таким образом, галавит обладает направленным иммуномодулирующим воздействием, предотвращает избыточную продукцию медиаторов воспаления в раннем послеоперационном периоде заболевания, способствует устранению цитокинового дисбаланса и предупреждает развитие вторичной иммунной недостаточности.

Сравнительный анализ частоты развития осложнений выявил, что у больных исследуемой группы среднее количество осложнений на пациента составило 0,53, в группе сравнения данный показатель был равен 1,36. У пациентов 2-й группы потребовалось меньшее количество санаций брюшной полости. Среднее количество санаций брюшной полости на пациента в первой группе составило 2,2, во 2-й группе – 1,46.

Выводы

Нарушение цитокиновой регуляции является одной из причин развития системной воспалительной реакции в первые 3-4 суток послеоперационного периода, предопределяет развитие вторичного иммунодефицита тяжелой степени. В период клинических проявлений ССВР у больных РГП происходит повышение уровня провоспалительных цитокинов, что способствует синтезу избыточного количества оксида азота и прогрессированию ССВР. Высокие концентрации NO вызывают активацию апоптоза ИКК периферической крови, в результате на фоне клиники системного воспаления у больных РГП развивается функциональная недостаточность иммунной системы.

Применение иммуномодулирующего препарата «Галавит» оказывает стабилизирующее влияние на уровень цитокинов и оксида азота и способствует уменьшению тяжести системной воспалительной реакции в ранние сроки послеоперационного периода у больных, оперированных по поводу распространенного гнойного перитонита. На 2-3 неделе послеоперационного периода применение галавита способствует предупреждению развития недостаточности как неспецифических, так и специфических механизмов иммунной системы, снижению частоты развития системных и гнойных осложнений перитонита, позволяет уменьшить показатели летальности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бебуришвили А.Г., Пугачева Л.Л., Козлов М.П. Иммунные нарушения и их коррекция при остром панкреатите и гнойном перитоните // Хирургия. – 1992. – №7-8. – С. 114-118.
2. Белокуров Ю.Н., Рыбачков В.В. Эндогенная интоксикация при острых хирургических заболеваниях. – Ярославль: ДИА-пресс, 2000. – 284 с.
3. Белушкина Н.Н., Хасан Х.А., Северин С.Е. Молекулярные основы апоптоза // Вопр. биол. медицины и фармац. химии. – 1998. – №4. – С. 15-23.
4. Бондаренко В.М., Виноградов Н.А., Малеев В.В. Антимикробная активность окиси азота и ее роль в инфекционном процессе // Журн. микробиологии. – 1999. – №5. – С. 61-67.
5. Гаин Ю.М., Леонович С.И., Завада Н.В. и др. Иммунный статус при перитоните и пути его патогенетической коррекции. – Минск: Юнипресс, 2001. – С. 255
6. Голиков П.П., Пахомова Г.В., Утешев И.С. и др. Динамика содержания конечного продукта оксида азота в различных биологических жидкостях при перитоните // Вестн. интенсивной терапии. – 2000. – №4. – С. 31-33.

7. Ерюхин И.А., Шляпников С.А. Хирургический сепсис (дискуссионные аспекты проблемы) // Хирургия. – 2000. – №3. – С. 44-46.
8. Павлова К.С., Шпакова А.П., Дронова В.М. и др. Иммуномодулирующее действие естественного комплекса цитокинов на пролиферацию лимфоцитов и естественных киллеров человека in vitro // Иммунология. – 2000. – №2. – С. 32-35.
9. Федоров В.Д., Гостищев В.К., Ермолов А.С. и др. Современные представления о классификации перитонита и системах оценки тяжести больных // Хирургия. – 2000. – №4. – С. 58-62.
10. Bone R.C. Sepsis, SIRS and CARS // Crit. Care Med. – 1996. – Vol. 24. – P. 1125-1129.
11. Cogos C.A., Drosou E., Bassaris H.P., Skoutelis A. Pro versus anti inflammatory cytokine profile in patients with severe sepsis: a marker for prognosis and future therapeutic options // J. Infect. Dis. – 2000. – Vol. 181, №1. – P. 176-180.
12. Leithauser B., Matthias F.R. Multiple organ failure: hemostasis and mediators in septic patients // Thromb. Haemost. – 1993. – Vol. 69, №6. – P. 726.
13. Opal S.M., DePalo V.A. Anti-inflammatory cytokines // Chest. – 2000. – Vol. 117, №4. – P. 1162-1172.
14. Van der Poll T., van Deventer S.J.H. Bacterial sepsis and septic shock. Cytokines and anticytokines in the pathogenesis of sepsis // Infect. Dis. Clin. N. Am. – 1999. – Vol. 13, №2. – P. 413-426.

УДК 616.5-003.871-003.6.05-053.37.

СЛУЧАЙ СОЧЕТАННЫХ МАСТОЦИТОМ С ВУЛЬГАРНЫМ ИХТИОЗОМ У РЕБЕНКА РАННЕГО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Роженцова О. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра кожных-венерических болезней с курсом ПО*

Научный руководитель: к.м.н., асс. Гасич Н. А.

Представленный случай мастоцитом в сочетании с вульгарным ихтиозом у ребенка раннего детского возраста представляет большой интерес для практических врачей в силу редкой встречаемости данных генодерматозов, особенностей диспансерного наблюдения за такими детьми, методов в выполнении прививочного календаря, множества ограничений в силу возможности малигнизации.

В группу ретикулезозов включается системный мастоцитоз (кожно-висцеральный). У детей грудного возраста эта патология встречается редко. Разновидностью мастоцитоза (примерно в 10% случаев) является мастоцитом. Мастоцитомы одиночные (1-3) встречаются при рождении ребенка, в первые недели или месяцы жизни; у взрослых они встречаются редко. Мастоцитомы представляют собой выступающую над поверхностью кожи, желтовато-бурую или цвета загара с розовым оттенком овальную или округлую бляшку, диаметром 2-5см, каучуко- подобной консистенции, поверхность, которой напоминает “апельсиновую корку”. Наиболее часто встречаемая локализация- шея, туловище, предплечья особенно в области запястий. Травмирование мастоцитом вызывает отек, а иногда приводит к образованию на ее поверхности пузырей, в том числе с геморрагическим содержимым. Диагноз мастоцитоз ставится на основании клинической картины пораженной кожи, наличие симптома Унн-Дарье, результатов гистологических исследований биоптата кожи. По показаниям проводят R-логическое исследование костной системы, УЗИ висцеральных органов.

Приводим наши наблюдения: Больной А. 2 года 9 мес. Мать обратилась с жалобами на высыпания узелково - узловатые (опухолевидные) оранжевого цвета, на коже ребенка в области передней поверхности грудной клетки справа, подмышечной области слева, а также подчелюстной областью справа. Высыпания на коже туловища появились в 6 месячном возрасте (2 узелками оранжевого цвета, возвышающиеся над поверхностью кожи), увеличивающиеся по мере роста ребенка. Особенно их увеличение, отек наблюдался после прогулок в солнечные дни, при купании, трении одеждой, их поверхность становилась ярко-красной, но зудом не сопровождалась. Из анамнеза известно: ребенок от первой беременности, родился в срок с весом 3700г., ростом 58см. До года был на естественном грудном вскармливании. Перенес в 8 мес. ОРВИ, другими инфекционными заболеваниями не болел.

Локальный статус: кожный процесс ограничен кожей туловища передней поверхностью грудной клетки справа, задней (подмышечной областью) слева и подчелюстной областью слева. На видимо здоровой коже пораженных участках имеются три бляшки, овальной формы, элевирующие над кожей, желто-оранжевой окраски с выраженным симптомом “апельсиновой корки”, каучукоподобной консистенции, положительным симптомом Унны-Дарье (рис 1, 2.). На коже плеч имеется выраженный ксероз и фолликулярные гиперкератотические папулы, ярко-красного цвета, с роговыми пробками в центре, элевирующие над кожей (рис 3).



Рис. 1

Рис. 2

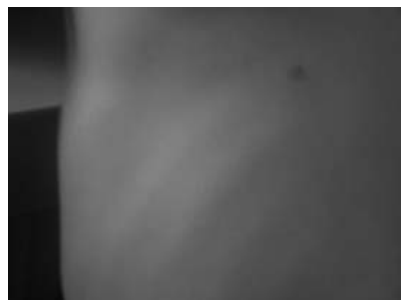


Рис. 3

За период (до 2 года 9мес) за ребенком наблюдали, исключая избыточное трение, массажи, инсоляции. Диету с исключением гистаминолибераторов из пищевого рациона не соблюдали, так как диагноз мастоцитом не был поставлен. Дифференцировали с опухолями кожи и ксантомами. Наблюдали за кожным процессом онкологи и педиатры. Диагноз Мастоцитом выставлен впервые после консультации на кафедре кожных и венерических болезней.

Назначено лечение и дообследование (R- логическое обследование костной системы, УЗИ внутренних органов, детальное лабораторное обследование системы крови). Лечение: Зодитен и Интал внутрь курсами, Аскорутин и препараты кальция внутрь курсами, медотвод от прививок, гипоаллергенная диета с исключением гистаминолибераторов, избегать массажа, УФО-облучения, инсоляций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Зверькова Ф.А. Болезни кожи детей раннего возраста. СПб.: Сотис, 1994. – 230 с.
2. Иванов О.Л. Кожные и венерические болезни. Справочник.-М.: Медицина, 1997. – 349 с.
3. Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей Т. 1/Под редакцией Скрыпкина Ю.К., Мордовцева В. Н. М.: Медицина, 1999. – 878 с.
4. Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей Т. 2/Под редакцией Скрыпкина Ю.К., Мордовцева В.Н. М.: Медицина, 2000. – 878 с.
5. Наследственные болезни пороки развития кожи: Атлас/Мардовцев В.Н., Мардовцева В.В.–М.: Наука, 2004.–172с.
6. Суворова К.Н., Антоньев А.А., Гребенников В.А. Генетически обусловленная патология кожи. – Ростов-на-Дону, 1990. – 478 с.
7. Фицпатрик Т. Дерматология. – М.: Практика, 1999. – 1044 с.

УДК 616.34-008.87-06:616.366-089.87

ДИСБАКТЕРИОЗ КАК ОДНО ИЗ ПРОЯВЛЕНИЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО СИМПТОМОКОМПЛЕКСА ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Розова Л. Е., Серова Е. В., Балханов З. В., Тогошеев А. В., Халова Е. И., Шромова И. В.

Сибирский федеральный университет

Институт фундаментальной биологии и биотехнологии

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра микробиологии

Кафедра общей хирургии

Научные руководители: к.б.н., доц. Перьянова О. В., д.м.н., проф. Винник Ю. С., ст. преп. Рукоусева Т. В., к.б.н., доц. Прудникова С. В., к.м.н., доц. Теплякова О. В.

Общепризнанно, что в процессе эволюции при взаимодействии организма хозяина и микроорганизмов происходил отбор определенных их видов, способных к прикреплению и колонизации поверхностного эпителия слизистых оболочек соответствующих экологических ниш. В результате они стали использовать организм хозяина как новую среду обитания. Так сформировались симбиотические ассоциации, составляющие нормальную микрофлору человека и животных. [1]

Идея о защитной роли нормальной микрофлоры принадлежит И.И.Мечникову. Наблюдения, подтвердившие роль нормальной микрофлоры в обеспечении здоровья, до настоящего времени вызывают большой интерес. Представители нормальной микрофлоры детально изучаются уже на генетическом и молекулярном уровнях.

Функцию микробной экологической системы желудочно-кишечного тракта можно уподобить работе крупной биохимической лаборатории, осуществляющей многие сотни биохимических процессов. Показано, что биомасса микробов, заселяющих кишечник взрослого человека, составляет 2,5 – 3 кг и включает до 450 - 500 видов бактерий. Соотношение биомассы анаэробов и аэробов составляет 1000:1. Микрофлора кишечника подразделяется на две части: облигатную (микроорганизмы, постоянно входящие в состав нормальной флоры и играющие важную роль в метаболических процессах и защите организма хозяина от инфекции) и факультативную (бактерии, часто встречающиеся у здоровых людей, но являющиеся условно-патогенными как этиологический фактор заболеваний в случае снижения резистентности макроорганизма).

Выявляются также микробы, не относящиеся к постоянным представителям микрофлоры кишечника, поступающие, с термически необработанными овощами, фруктами и водой. Периодически в просвете кишечника здорового человека может обнаруживаться небольшое количество возбудителей инфекционных болезней, не приводящих к развитию патологического синдрома до тех пор, пока защитные системы организма хозяина препятствуют их размножению. Количественные соотношения между различными микробными популяциями стабильны.

Основными функциями нормальной кишечной микрофлоры являются:

- обеспечение колонизационной резистентности организма;
- участие в синтетической, пищеварительной и детоксикационной функциях кишечника;
- стимуляция синтеза биологически активных веществ;
- поддержание высоких уровней лизоцима, секреторных иммуноглобулинов, интерферона, важных для иммунологической резистентности;
- морфокинетическое действие и усиление физиологической активности желудочно-кишечного тракта. [2]

Холецистэктомия (удаление желчного пузыря) это самая частая операция из всех, которые проводятся на органах брюшной полости. Более половины пациентов после оперативного лечения отмечают хорошие результаты, а у приблизительно 20% остаются боли или различные нарушения пищеварительной функции желудочно-кишечного тракта. Большинство таких жалоб относят к постхолецистэктомическому синдрому. [3]

Постхолецистэктомический синдром (ПХЭС) – это патологический симптомокомплекс, развивающийся вследствие утраты организмом органа – желчного пузыря. Изменение концентрации желчи, нерегулируемое её поступление в двенадцатиперстную кишку нарушают переваривание и всасывание жиров, уменьшают бактерицидность дуоденального содержимого, приводят к изменению качественного и количественного состава нормофлоры кишечника, что в свою очередь ведёт к появлению различных патологических состояний. [4,5]

Любая операция на органах брюшной полости, включая удаление желчного пузыря, оказывает влияние на функции внутренних органов, и прежде всего кишечника. Так как при удалении желчного пузыря в ходе операции в кишечник перестает поступать концентрированная желчь в необходимом количестве, что приводит к интенсивному размножению условно-патогенных энтеробактерий и развитию дисбактериоза кишечника. [6,7]

Микроэкологические нарушения, или дисбактериоз кишечника – это изменения качественного состава и популяционного уровня симбиотической микрофлоры кишечника, возникающие под воздействием различных причин.

Задачи исследования: Изучить качественный и количественный состав микрофлоры фекалий больных после холецистэктомии по поводу желчнокаменной болезни.

Объекты исследования: Объектами исследования в данной работе являлись фекалии больных после холецистэктомии по поводу желчнокаменной болезни. Обследовано 18 больных, средний возраст больных составил 61 ± 1 год (41-82), из них 17 женщин и один мужчина. Исследование материала с целью диагностики дисбактериоза проводилось спустя 3 - 12 месяцев после холецистэктомии. Пробы доставлялись из хирургического отделения ГКБ №7 г. Красноярск на кафедру микробиологии КрасГМУ.

Диагностика проводилась бактериологическим методом по Приказу МЗРФ №231 об утверждении отраслевого стандарта «Протокол ведения больных. Дисбактериоз кишечника» от 09.06.2003г.

Количество микроорганизмов определяли по числу выросших на соответствующих питательных средах колоний с последующим пересчетом на 1г фекалий по формуле:

$$N = K \cdot 10^n \cdot 10, \text{ где}$$

K – количество выросших колоний

n – степень разведения

Количество бифидобактерий определяли по предельному разведению, в котором наблюдается рост.

При оценке результатов бактериологического исследования фекалий исходили из показателей относительной нормы.

Изучение количества микроорганизмов фекалий больных показало, что у всех обследуемых больных выявлены нарушения в составе микрофлоры кишечника. Они характеризовались увеличением количества гемолитических и лактозонегативных *E. coli*, неферментирующих грамотрицательных палочек. Количество *E. coli* лактозонегативных на 1 г фекалий у больных в среднем составило $1,2 \cdot 10^7$ КОЕ/г, *E. coli* гемолитических – $6,1 \cdot 10^7$ КОЕ/г. Численность *P. aeruginosa* в 1 г фекалий у больных после холецистэктомии составила $3,1 \cdot 10^6$ (табл. 1).

Количество грамположительных бактерий родов *Staphylococcus* spp. (коагулазонегативные) и *Enterococcus* spp. у больных после холецистэктомии в среднем составило $5,6 \cdot 10^5$ КОЕ/г и $1,6 \cdot 10^7$ КОЕ/г, что соответствует норме.

Численность дрожжеподобных грибов *Candida albicans* составляет $2 \cdot 10^3$ КОЕ/г, что является нормой.

Таблица 1

Количественный и качественный состав микрофлоры кишечника у больных после холецистэктомии по поводу желчнокаменной болезни

Наименование микроорганизма	Среднее значение КОЕ/1г фекалий	
	В норме	Полученные результаты n=18
<i>Bifidobacterium</i> spp.	109-1010	$3,6 \cdot 10^9$
<i>E. coli</i> типичные	107-108	$1,6 \cdot 10^7$
<i>E. coli</i> лактозонегативные	<105	$1,2 \cdot 10^7$
<i>E. coli</i> гемолитические	0	$6,1 \cdot 10^7$
<i>P. aeruginosa</i>	<104	$3,1 \cdot 10^6$
<i>Enterococcus</i> spp.	105-108	$1,6 \cdot 10^7$
<i>Staphylococcus</i> spp. (коагулазанегативные)	<104	$5,6 \cdot 10^5$
Дрожжеподобные грибы <i>Candida albicans</i>	<104	$2 \cdot 10^3$

Бифидобактерии составляют основную часть облигатной микрофлоры желудочно-кишечного тракта и нами были проведены исследования численности бифидобактерий в фекалиях больных после холецистэктомии по поводу желчно-каменной болезни. Количество бифидобактерий у больных в среднем составило $3,6 \cdot 10^9$ КОЕ/г.

Из 18 обследуемых у 10 выявлена вторая степень дисбактериоза (55%), у 4 – первая степень (22%), у 3 – третья степень дисбактериоза (17%) и у одного не выявлено наличие дисбактериоза.

Вывод: Таким образом, удаление желчного пузыря приводит у ряда больных к изменению количественного и качественного состава нормофлоры кишечника, сопровождается диспептическими расстройствами. Впервые месяцы после холецистэктомии наблюдаются более выраженные дисбиотические нарушения, что требует коррекции с использованием пробиотиков.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вишневецкая В.В., Кабанова И.Н., Лоранская И.Д. Состояние моторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки при заболеваниях билиарного тракта // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. Приложение №23.-2004.-С.95.
2. Шептулин А. А. Синдром избыточного роста бактерий и «дисбактериоз кишечника»: их место в современной гастроэнтерологии. Российский журнал гастроэнтерологов, гепатологов, колопроктологов. 1999 г. № 3.
3. Хазанов А. И. Постхолецистэктомический синдром. Диагностика и лечение внутренних болезней. – М.: Медицина, 1992. Т. 3. – С. 291 – 300.
4. Белоусов А.С., Водолагин В.Д., Жаков В.П. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение болезней органов пищеварения. – М.: Медицина, 2002. - 424 с.
5. Григорьев П. Я., Агафонов П. Я., Солуянова И. П., Яковенко Э. П., Приишников А. С., Бекузарова З. В., Яковенко А. В. Постхолецистэктомический синдром: диагностика и лечение. – Лечащий врач – 2004 - №4 – С. 29 – 34.
6. Бондаренко В.Н., Боев Б. В., Лыкова Е. А. и др. Дисбактериозы желудочно-кишечного тракта // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1999. - №1. – С. 66 – 70.
7. Дисбактериозы кишечника, причины возникновения, диагностика, применение бактериальных биологических препаратов (пособие для врачей и студентов) / Грачева Н. М., Ющук Н. Д., Чупринина Р. П. и др. – М., 1999. – 45 с.

УДК 616-001.17-085-089-053.2

АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ У ДЕТЕЙ

Романов О. В., Шарафутдинова З. Ф.

Карагандинский государственный медицинский университет

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель: асс. Диамбекова А. М.

В статье рассматриваются результаты пролеченных больных с термическими ожогами с 2007 года.

Актуальность: Проблема термических ожогов у детей является довольно актуальной, т. к. дети представляют особую группу риска в получении ожоговых травм, а термические поражения, являются наиболее тяжёлыми из всех травматических повреждений и требуют вовлечения наибольшего количества медицинских средств и сил.

Цели и задачи: проанализировать клинический материал (истории болезни больных с глубокими термическими ожогами), методы лечения, сроки пребывания в стационаре, выявить результаты первичной некрэктомии, результаты физиолечения лампы Биоптрон. Материалы и методы.

На базе ОДКБ г. Караганды в период с 2007 по 2008 год было пролечено 50 больных поступивших с диагнозом термические ожоги различной степени поражения. Из них 6 из сельской местности, остальное число – городские.

Пострадавших можно разделить на несколько групп:

1. младшая возрастная – дети в возрасте 1.5 лет – 20
2. средняя возрастная группа – дети в возрасте от 2 до 4 лет – 15
3. старшая возрастная группа – дети в возрасте 5 -6 лет -10

Средний койко-день у всех пострадавших составил 20 дней.

Причины ожогов.

На первом месте – ожоги от кипятка 65% случаев. На втором – от прикосновения к горячим предметам 25%. На третьем – ожоги открытым пламенем 15%.

Маленькие дети чаще всего получали ожоги, опрокидывая на себя кипяток, горячее молоко или суп, садясь в сосуд с горячей водой, прикасаясь к раскаленным предметам (батарея, утюг, электрическая плита и т.д.). По данным нашего обследования площадь ожоговой поверхности составила самая обширная 18 – 25% , 3 пострадавших (проводилась вся необходимая инфузионная терапия); у одного из пострадавших ожоговая болезнь (не своевременное обращение за помощью); у остальных - 4-5%. Глубина поражения у всех пострадавших приблизительно одинаковая и составляет II – III А,В степени; и наконец, локализация поражения в основном – передняя брюшная стенка 10 больных, нижние конечности (бедро, область коленного и голеностопного суставов) – 25, спина – 10; реже верхние конечности, поясничная область, голова -5 больных.

Было выяснено, что в домашних условиях, родителями оказывалась неправильная помощь пострадавшим детям. В 75% случаев, помощь не оказывалась вовсе до приезда скорой помощи, в остальных 25% - использовались методы народной медицины (смазывание ожоговой поверхности яичным желтком, сырым картофелем, и различными маслами).

Именно поэтому необходимо проводить профилактические беседы с родителями. Предупреждать их о том, что правильное и своевременное оказание первой медицинской помощи после травмы существенно сокращает время воздействия травмирующего агента, предупреждает дополнительную травматизацию и инфицирование поврежденной кожи.

Также надо объяснять, что нельзя:

- удалять прилипшую к ожоговой ране одежду;
- вскрывать и прокалывать имеющиеся волдыри;
- дотрагиваться руками до обожженных мест;

И самое главное наносить на ожоговую рану различные кремы или масла, препятствующие охлаждению пораженного участка и даже, наоборот способствующие распространению ожога во внутренние слои кожи.

Методы лечения.

С учетом физиологических сдвигов и осложнений, возникающих при полной потере больших участков кожи, помощь жертвам ожогов можно разделить на три четко определенных периода: неотложный, острый и реабилитационный.

Неотложный период в зависимости от тяжести повреждения занимает от двух дней до двух недель после ожога. В это время оказывают срочную помощь, производят первичную обработку раны. Основной целью этого периода является как можно более быстрое очищение ожоговых ран от некротических тканей и их пластическое восстановление в возможно ранние сроки.

Острый период начинается сразу же по окончании неотложного и продолжается до тех пор, пока все глубокие повреждения не будут покрыты аутооттрансплантатами (лоскутами кожи, взятыми с других участков тела больного). Если ожог вызвал, лишь частичное повреждение кожи, острый период длится всего несколько дней; заживление происходит спонтанно, и пересаживать кожу необязательно.

«Классификация методов активной хирургической подготовки глубоких ожогов к пластическому закрытию». Базовым понятием является тезис о том, что глубокие ожоги могут быть иссечены с целью подготовки к пластическому закрытию независимо от времени, прошедшего с момента травмы, исходного состояния ожоговой раны, наличия воспалительной реакции, фазы течения раневого процесса, но с учетом перечисленных факторов. В основу классификации положены связанные таксономическими родо-видовыми отношениями и выстроенные по последовательно-параллельному типу следующие классификационные признаки: исходное состояние ожоговой раны; техника выполнения операции; глубина иссечения.

Классификация методов активной хирургической подготовки глубоких ожогов к пластическому закрытию.

А. По исходному состоянию ожоговой раны.

I. Некрэктомия - иссечение ожоговой раны, находящейся под струпом.

Первичная хирургическая некрэктомия (ПХН) - некрэктомия, выполненная до развития в ране воспалительных явлений (как правило, но не обязательно, первые 5 суток после получения ожога).

II. Иссечение раны - способ подготовки ожоговой раны, лишенной струпа.

Иссечение гранулирующей раны - радикальное удаление грануляций различной степени «зрелости» и вида.

Б. По технике выполнения операции.

- Тангенциально - послойное, «по касательной», удаление струпов, некрозов и патологически измененных тканей до жизнеспособных, пригодных к пластическому закрытию.

- Комбинированный метод.

Данная классификация используется в практической работе.

Иссечение раны проводилось 50 пациентам. Хирургические некрэктомии (всех видов) были выполнены 50 пациентам. Аутодермопластика проводилась 12 пациентам. Отсюда видно что всем пациентам проводилась активная хирургическая подготовка глубоких ожогов к пластическому закрытию. Следует отметить также разницу в сроках выздоровления, т.е. сроках, прошедших с момента получения ожога (но не поступления) до восстановления кожного покрова, при различных методах вмешательства. Так, при выполнении хирургической некрэктомии эти сроки составили в среднем 20 дней, при проведении аутодермопластики - 21 – 25 дней, а по данным «Комбустиология: Классификация методов активной хирургической подготовки глубоких ожогов к пластическому закрытию в системе раннего хирургического лечения обожженных». Тюриков Ю.И., Евтеев А.А. при консервативных методах подготовки к кожной пластике (без методов активной хирургической подготовки) – 41,9 дня. В связи с этим понятно желание врачей к ускорению отторжения некротических тканей, подавлению гнойной инфекции в ране и сокращению сроков предоперационной подготовки к кожной пластике. Всем детям проводилось лечение лампой «Биоптрон» до 10 сеансов, в том числе и в день некрэктомии, что способствовало более эффективной эпителизации ожоговой поверхности. При использовании лампы «Биоптрон» эпителизация ожоговых ран II - III степени независимо от их локализации наступает на 6- 8 сутки после травмы, тогда как при традиционных методах эти сроки составляет 8-10 суток. Наблюдения показали что облучение ожоговых ран лампой «Биоптрон» хорошо переносится всеми больными и не вызывает побочных реакций, осложнений.

Реабилитация – это возвращение больного к его обычному образу жизни. К счастью, большинство выживших больных за долгий и трудный период пребывания в больнице привыкают к своему состоянию и хорошо справляются с ним. В период реабилитации основное внимание уделяется восстановлению функции суставов, а также социальной и психологической помощи. В случае необходимости проводят косметические восстановительные операции.

Таким образом, лечение обожженных с помощью хирургической некрэктомии в сочетании с комбинированной аутодермопластикой кожными лоскутами в ряде случаев оказывается эффективной даже при обширных ожогах на площади более 60% поверхности тела, т.е. таких, которые до настоящего времени считались не совместимыми с жизнью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Атясов Н.И., Матчин Е.Н. Восстановление кожного покрова тяжелообожженных сетчатыми трансплантатами.- Изд. Саратов. университета. Саратовский филиал. - 1989.-С.191-2001.
2. Арьев Т.Я. Термические поражения. Ленинград, 1966 г., 703 с.
3. Карвайл Х.Ф., Паркс Д.Х. «Ожоги у детей». Москва, 1990г. С., Булетова А.А., Астрожникова С.П., Будкевич Л.И., Кцолев Р.С. «Сравнительный анализ результата лечения детей при ранней некрэктомии и традиционном методе лечения». Пластическая хирургия при ожогах и ранах. Материалы международной конференции. Москва, 1994 г. Рудковский В., Назиловский В., Зиткевич К. «Теория и практика лечения ожогов». Москва, 1980г.
4. Карвайл Х.Ф., Паркс Д.Х. Ожоги у детей. Москва. Медицина, 1990г., 510 с. //Клячкин Л.М., Пинчук В.М. Ожоговая болезнь (Клиника, патогенез, патологическая анатомия и лечение) «Медицина», Ленинградское отделение, 1969, 479 с. //Малахов С.Ф., Матвеев А.В. Ожоговая болезнь: проблемы теории и практики. «Восьмая научная конференция по проблеме «Ожоги», С.- Петербург,1995, с105.
5. Окатьев В.С., Булетова А.А., Астрожникова С.П., Будкевич Л.И., Кцолев Р.С. сравнительный анализ результатов лечения детей с обширными ожогами при ранней некрэктомии и традиционном методе лечения/ Пластическая хирургия при ожогах и ранах: Тез. междуна. конф. – М., 1986. – С166-168.
6. Саркисов Д.С., Туманов В.П., Глушенко Е.В. с соавт. / Бюл. Эксперим. Биологии и медицины.-1990.-Т.109.№3.- С.400-402.

МЕТОДЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ НОРМАТИВОВ ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ В ЦЕНТРЕ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

Романова Т. А.

*Уральская государственная медицинская академия
Кафедра фармации*

Научные руководители: доц. Мельникова О. А., д.ф.н., проф. Петров А. Ю.

В настоящее время деятельность, связанная с оборотом наркотических средств и психотропных веществ строго регламентирована. Одним из основополагающих приказов данной области является приказ МЗ РФ от 12.11.1997 №330 «О мерах по улучшению учёта, хранения, выписывания и использования наркотических средств и психотропных веществ». Данный документ утверждает множество положений о работе с лекарственными средствами этих групп, в частности нормативы потребления наркотических средств и психотропных веществ на 1000 человек населения в год (таблицы 1 и 2 приложения 3). В данном приложении есть нормы расхода наркотических средств и психотропных веществ для различных отделений ЛПУ, станций скорой медицинской помощи, однако расчётные нормативы для центров медицины катастроф, оказывающие санитарно-авиационную помощь в условиях санитарной авиации, на сегодняшний момент отсутствуют.

В связи со сложившейся ситуацией существует необходимость разработки методики прогнозирования количества потребления наркотических средств и психотропных веществ в центре медицины катастроф. Один из способов проведения данных расчётов - метод математического моделирования. Возможность применения данного метода можно рассмотреть на примере такого препарата, как натрия оксibuтират. Анализ выполняется на основании данных, полученных в центре медицины катастроф.

Для получения количественной модели, выражающей основную тенденцию изменения уровней динамического ряда во времени, используется аналитическое выравнивание ряда динамики. Таким образом, изменение количества использования натрия оксibuтирата (г) во времени можно выразить соответствующей функцией:

	2005г	2006г	2007г	2008г
Натрия оксibuтират	152	108	154	188



При рассмотрении полученного графика прослеживается тенденция увеличения использования натрия оксibuтирата в центре медицины катастроф. Соответственно, на основании графических данных, прогноз норматива потребления натрия оксibuтирата на 2009г составит 189г.

Таким образом возможно рассчитать нормативы потребления и других наркотических средств и психотропных веществ, они необходимы для четкой и скоординированной работы центра медицины катастроф.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Каменева Н.Г., Поляков В.А. Маркетинговые исследования// Вузовский учебник - Москва, 2008. - С.439
2. Приказ МЗ РФ №330 «О мерах по улучшению учёта, хранения, выписывания и использования наркотических средств и психотропных веществ» от 12.11.1997

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ШКОЛЬНИКОВ

Рубцов С. А. Новиков Е. П., Буторин А. В.

*Омская Государственная Медицинская Академия
Кафедра гигиены с курсом гигиены детей и подростков*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Петухова А. Е.

Социально – экономические преобразования, произошедшие в нашей стране в последние десятилетия, выявили ряд негативных явлений, влияющих на состояние здоровья и качество жизни детей и подростков России.

По данным С. А. Рубцова и др. (2007 г.), каждый четвертый подросток жалуется на головную боль, каждый пятый отмечает усталость в конце рабочего дня, подростки отмечают большую стрессогенную роль контрольных работ, экзаменов, при переходе подростка на более высокую ступень обучения, а, следовательно, к большей интенсификации учебной нагрузки.

Цель работы влияние экспериментального блочного (на базе гимназии №147) расписания на уровень здоровья и адаптации школьников, в динамике.

Задачи: изучить показатели здоровья школьников и адаптацию к экспериментальному блочному расписанию, в динамике. Провести сравнительный анализ с показателями в контрольной группе. Дать рекомендации.

Методы: анализа медицинских карт – форма 026у школьников 5 и 10 гимназии №147(200 школьников) и школы №51(200 школьников). Расчет показателей адаптации и коэффициента здоровья по методу Баевского этих групп. Оценка достоверности результатов.

По данным анализа медицинских карт – форма 026у школьников 5 и 10 классов школы №147 показал, что хронические заболевания имеют в 5 классе – 60%, в 10-х число хронических заболеваний увеличивается в 1,5 раза. В контрольной группе, школа №51, число хронических заболеваний достигает 55% в 5-х классах, и 62% в 10-х.

В структуре заболеваемости, на первом месте стоит патология органа зрения – 40,2%, на втором – костно-мышечная патология 15%, на третьем и четвертом – заболевания нервной системы и лор-органов – 11,2%.

Нами проведена оценка здоровья школьников 5 и 10 классов с оценкой уровня адаптации гимназии №147 и школы №51 (контрольная группа), по методу Р. М. Баевского (1989г.).

Расчет адаптационного показателя в начале учебного года (сентябрь) показал, что лишь 16,7% пятиклассников и 26,7% десятиклассников имеют удовлетворительный уровень адаптации, неудовлетворительную адаптацию имеют 26,6% и 10,0% соответственно. 13,4% пятиклассников имеют срыв механизмов адаптации. В динамике (февраль) было выявлено снижение в 1,5 раза числа школьников с удовлетворительной адаптацией и в 1,5 раза увеличение числа школьников с неудовлетворительной адаптацией, в обеих исследуемых группах. 14,7% пятиклассников и 7,0% десятиклассников имеют срыв механизмов адаптации. В контрольной группе, колебания показателей (сентябрь, февраль) не превышал 1% и составило удовлетворительная адаптация – 22,3% и 33,5%, неудовлетворительную – 20,0% и 8,0% соответственно. Срыв механизмов адаптации отмечается только в конце учебного года. (P>95%)

Коэффициент здоровья школьников 147 гимназии составил – 13,4% пятиклассников имеют удовлетворительное здоровье, 23,3% - функциональные отклонения, у остальных имеются те или иные проблемы со здоровьем. У десятиклассников проблемы еще хуже – 33,5% имеют функциональные отклонения, 66,5% - хронические заболевания. В контрольной группе удовлетворительное здоровье имеют 12,7% пятиклассников и 10,0% - десятиклассников, хронические заболевания – 25,2% и 34,3% соответственно. Остальные школьники имеют те или иные функциональные отклонения. При оценке динамики, колебания показателей составили 2-5% как в исследуемой, так и в контрольных группах. (P>95%)

Одной из важных факторов в сохранении здоровья школьников является правильно составленное расписание. И 5, и 10 классы 147 гимназии занимаются по блочной системе. Блок составляет 3 урока по 30 минут, в том числе с двумя перерывами по 5 минут, между блоками перерыв составляет 20 минут. В неделю учебная нагрузка составляет 38 часов. Школьники 51 школы занимаются по обычной урочной системе.

Расписание, как и в гимназии №147, так и в школе №51, составлено без учета динамики дневной и недельной нагрузки. В утренние часы ставят такие предметы как алгебра, геометрия, русский язык. В начале недели в расписание входят наиболее сложные предметы: алгебра, геометрия, русский язык, обществознание, литература. На четверг и среду приходится физическая культура, история, информатика, ОБЖ. В 5-х классах трудовое обучение размещено в расписании в четверг. В 10-х классах 147 гимназии, которые учатся по профилю (физико-математический, химико-биологический, правовой) трудовое обучение отсутствует. Согласно СанПиН 2.4.2.1178-02 «Гигиенические требования к условиям обучения в общеобразовательных учреждениях» от 1 сентября 2003 года пятиклассники не могут обучаться по данной блочной системе расписания, что влечет за собой снижение адаптации, а следовательно и здоровья.

Комплексный анализ динамики показателей функционального состояния организма школьников свидетельствует о трудности протекания адаптации и отражает напряжение регуляторных механизмов в процессе обучения в школе. Среди неблагоприятных факторов, оказывающих на процесс адаптации, безусловно является расписание. Проблема нерационально составленного расписания существует как и в гимназии №147, так и в школе №51. Помимо этого гимназия №147 испытывает новую блочную систему расписания. Решение администрации об упорядочении расписания будет способствовать улучшению адаптации в последующие годы. Успешность обучения в школе во многом связано с умением анализировать и воспроизводить большой объем информации, поэтому школьникам с низким уровнем адаптации необходимо особое внимание и помощь классного руководителя, психолога, учителей, родителей, сверстников. Школьникам с изначально сниженным уровнем функционального состояния организма необходимо вести здоровый образ жизни, отказаться от вредных привычек, соблюдать режим труда и отдыха в процессе обучения. Школьникам, имеющим отклонения в состоянии здоровья и хронические заболевания, в процессе обучения показаны профилактические мероприятия и противорецидивное лечение.

В целях улучшения адаптации школьников и улучшения здоровья мы предлагаем использовать модель формирования здоровья в школе, как социальной организации, которая может включать несколько обязательных модулей: организационный; социально-психологический; медико-диагностический; информационно-познавательный; психопрофилактический; рекреационно-оздоровительный; социальной помощи и поддержки, на основе и с использованием принципов: постепенность; систематичность; комплексность; индивидуальный подход. Модель успешно прошла апробацию в школах города Омска.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Михалюк, Н. С. Состояние здоровья детского населения в условиях комплексного воздействия факторов среды обитания различной природы / Н. С. Михалюк. – М. : Гигиенический вестник РГМУ. – 2004. - №7 (38). – С. 96-99.
2. Вильмс, Е. А. Качество жизни формирует здоровье / Е. А. Вильмс. – Омск. : Роспотребнадзор в Омской области. – 2007. - №2 (10). – С. 29-32.
3. Барсукова, Н. К. Состояние здоровья и образ жизни современных подростков / Н. К. Барсукова: под общ. ред. А. А. Баранова – М. : Здоровье, обучение и воспитание детей: история и современность, 2006. – 48с.
4. Демин А. К., Кошкина Е. А. Социальное маркетинговое исследование школьников 5-11 классов, родителей и учителей школ в 10 городах России по вопросам образования в области здоровья и укрепления здоровья среди школьников / А. К. Демин, Е. А. Кошкина под общ. ред. В. Р. Кучма – М. : Гигиена детей и подростков на пороге третьего тысячелетия основные направления развития, 1999. – С. 245-248.
5. Величковский Б. Т. Патогенетическое обоснование медицинских и социальных приоритетов улучшения здоровья населения России / Б. Т. Величковский. – М. : Гигиенический вестник РГМУ. -2004. - №7 (38). – С. 7-14.

ПЕРВИЧНЫЙ ПЕРИТОНИТ ПОД МАСКОЙ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

Руденко А. П., Тасбулатова С. К., Сулейменова К.

Карагандинский государственный медицинский университет

Кафедра детской хирургии

Областная детская клиническая больница

Научные руководители: асс. Диамбекова А. М.

В статье рассматривается понятие первичного перитонита, а также обзор больных с диагнозом первичный перитонит, лечившихся с 2005 по 2008 года в Областной Детской Клинической больнице № 1 города Караганды.

Проблема первичного перитонита у детей является довольно актуальной ввиду того, что это заболевание является малоизученным. И вместе с тем распространенность этого заболевания составляет от 1 до 2,5% среди всех случаев требующих экстренного хирургического вмешательства (1, 2, 4, 5). Смертность при первичном перитоните составляет от 0 до 3,3%. (3,6,7,8)

Цели и задачи: Проанализировать клинический материал историй болезни больных первичным перитонитом. Выявить особенности современного течения ПП и ошибки диагностики во всех звеньях медицинской службы, разработать алгоритм дифференциальной диагностики и современного течения данной патологии.

Материалы и методы. На базе Областной Клинической больницы города Караганды был проведен ретроспективный анализ историй болезни 35 больных, находившихся на стационарном лечении с 2005 по 2008 года.

Полученные результаты. В основном это были девочки, самой младшей было 2,5 года, самой старшей 18 лет. Из них от 3 до 11 лет было 21 девочка (63%). Из мальчиков младшему было 1,5 лет, старшему было 4 года.

В ургентном порядке бригадой скорой помощи доставлены 21 ребенок, 5 детей в стационар направлены другими лечебными учреждениями. Девять больных обратились самостоятельно. Большинство больных доставлялись с диагнозом «острый аппендицит». С диагнозом «Аппендикулярный перитонит» доставлено 7 больных. Остальные дети с диагнозами: кишечная колика, копростаз, перфоративная язва. Один мальчик 1,5 лет доставлен с диагнозом «инвагинация кишечника».

В первые 12 часов от начала заболевания поступило 14 больных, от 12 до 24 поступило 12 детей. От 24 до 72 часа поступило 9 больных.

Все больные обращались с жалобами на боли в животе. Тошнота выявлена у 12 больных (34%), рвота у 10 больных (29%). Повышение температуры до субфебрильных и фебрильных цифр у 14 больных (40%), головная боль у 2 больных (6%), частые позывы к мочеиспусканию у 1 больной (3%). Две девочки помимо болей в животе жаловались на гнойные выделения из влагалища. Из анамнеза выяснено, что 8 детей находятся на диспансерном учете у других специалистов. На учете у невропатолога состоят 6% больных, у уролога 3% больных.

У 30 больных состояние при поступлении было ближе к удовлетворительному и у 5 больных состояние было тяжелым.

При первичном осмотре выявлено, что язык обложен белым налетом и влажный у 12 больных (34%), сухой язык обнаружен у 8 больных. Боли по своей локализации отмечены в правой подвздошной области у 20 больных (59%). В нижней части живота у 6 детей (18%), во всех отделах живота 5 у больных (14%), в околопупочной области у 2 (6%), в левой половине живота боли обнаружены у 1 девочки (3%)

Симптом напряжения передней брюшной стенки выявлен у 4 больных (11%). Перитонеальные симптомы положительны у 26% детей, сомнительные симптомы у 31%. При осмотре остальных детей перитонеальные симптомы были отрицательны. Ректальное исследование и консультация с детским гинекологом у девочек с гнойным выделением из влагалища не проводилось. Нарушение стула не выявлено, мочеиспускание нарушено в одном случае.

В общем анализе крови при поступлении умеренный лейкоцитоз отмечался у 18 больных (51%), нормальные показатели лейкоцитов у 17 детей (49%).

Были проведены дополнительные методы исследования. На УЗИ обнаружен выпот в брюшной полости у 9% детей. В плане дифференциальной диагностики было проведено рентгенологическое исследование грудной полости у 6% и брюшной полости 11%.

Острый аппендицит у 26 больных (74%), аппендикулярный перитонит у 6 детей (17%), первичный перитонит, острый аппендицит? у 3 девочек (9%).

Впервые сутки от момента поступления оперативное лечение 33 больным (94%). На вторые - третьи сутки от момента поступления операция проведена 2 детям (6%). Девочка 10 лет состоит на учете у уролога с диагнозом «Пиелонефрит в фазе активного воспаления». Оперирована на 3 сутки от поступления в связи с трудностью в диагностике, всем проведена предоперационная подготовка.

Все дети взяты на операцию с предварительным диагнозом острый аппендицит и соответствующим доступом Волковича-Дьяконова. При вскрытии брюшной полости у всех детей в брюшной полости выявлен белесоватый, мутный выпот без цвета и запаха у 14 детей. Липкий, гнойный выпот у 5 больных, серозный выпот у 5 детей, гной бесцветный, липкий со сладкоприторным запахом у одного больного, гнойный выпот у 2 больных, прозрачный без цвета у 3 детей. У 5 детей выпот был ослизлый, пенистый, липкий. В 6 случаях (19%) выпот был до 20 мл. В 7 (22%) случаях выпот был от 20 до 50 мл. В 7 (22%) случаях выпот от 50 до 150 мл.

Санация брюшной полости проведена всем больным.

При ревизии брюшной полости у 5 детей был выявлен желто-белый налет сливкообразного характера, гиперемия отек петель кишечника, исключены, при ревизии, дивертикулит, а также патология гениталий у девочек. Макроскопически всем больным выставлен диагноз «Вторичный аппендицит первичный перитонит». Соответственно у всех больных произведена аппендэктомия.

Брюшная полость промыта растворами антисептиков у 23 больных, у 12 детей 0,25% раствором новокаина. Дренирование брюшной полости, через контрапертурный разрез, полихлорвиниловой трубкой проводилось у 8 больных (22%), у остальных рана зашита наглухо.

Гистологически диагноз «вторичный катаральный аппендицит» был подтвержден. У 3 девочек в возрасте от 8 до 12 лет гистологически высавлен диагноз «Вторичный флегмонозный аппендицит. Первичный перитонит».

Из антибиотиков наиболее часто применялись цефалоспорины у 65% детей, 9% больных продолжали лечение в отделении реанимации

Послеоперационное течение протекало тяжело у 9% детей, у 91% больных послеоперационное течение протекало гладко. Сроки пребывания в стационаре находились в пределе от 7 до 17 дней у 91% детей, у 9% больных от 15 до 17 дней. Все больные выписались в удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового педиатра, детского хирурга и девочек под наблюдение у детского гинеколога.

Выводы:

1. Первичный перитонит по нашим данным в большинстве случаев протекал в легкой локализованной (аппендикулярной) форме, что приводило к гипердиагностике острого аппендицита.
2. Наше исследование подтверждает более частое заболевание ПП у девочек
3. Пренебрежение данными анамнеза заболевания и дополнительными методами исследования не позволили поставить правильный диагноз у части больных.
4. Произведенная апендэктомия у детей с ПП не отяготило течение основного заболевания.
5. Для более эффективной диагностики и проведения малоинвазивных оперативных вмешательств необходимо использовать видеолaparоскопические методы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абушкин И.А., Душанина Э.П., Бабоско П.Е. и др. Лапароскопическая технология в диагностике и лечении первичного перитонита у детей // Эндоскопическая хирургия у детей: Тезисы науч. работ симп. по эндоскопической хирургии у детей / Под общей ред. проф. А.А. Гумерова. Уфа: БГМУ, 2002. С. 9—10.
2. Аюпов А.Г., Четин М.В. Видеолaparоскопия при острой гинекологической патологии у девочек // Эндоскопическая хирургия у детей: Тезисы науч. работ симп. по эндоскопической хирургии у детей / Под общей ред. проф. А.А. Гумерова. Уфа: БГМУ, 2002. С. 12—13.
3. Баиров Г.А. Срочная хирургия детей. — М., 1998. — 408 с.
4. Брянецев А.В., Капустин В.А., Красева О.В. и др. Диагностическая и лечебная лапароскопия при гинекологической патологии в детском возрасте // Эндоскопическая хирургия у детей: Тезисы науч. работ симп. по эндоскопической хирургии у детей / Под общей ред. проф. А.А. Гумерова. Уфа: БГМУ, 2002. С. 21—23.
5. Мацкевич Б.И., Вакулич В.Г., Олешко В.Г., Разумовский Л.Р. Лечение острого перитонита у детей // Материалы II съезда хирургов Таджикистана. Душанбе, 1989. С. 282—284.
6. К.К. Федоров Особенности преморбидного фона у детей с первичным перитонитом. Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, г. Новокузнецк, РФ
7. Clark J.H., Fitzgerald J.F., Kleiman M.B. // J. Pediatr. — 1984. — Vol. 104, №4. — P. 495—500
8. Janati R., Takvorian P., Dodat H., Chappuis J.P. // Chir. Pediatr. — 1986. — Vol. 27, № 4. — P. 201—204.

УДК 678.746.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЧИСЕЛ КОМПОНЕНТОВ КОЛОНИЙ И ЧАСТОТЫ ВЫСЕВАНИЯ ВИДА БАКТЕРИЙ ИЗ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

Рузикоулов О. М.

*Бухарский государственный медицинский институт им. Авиценны
Кафедра пропедевтики внутренних болезней и высшего медсестринского дела*

Научный руководитель: д.м.н., проф. Орзиев З. М.

За период эволюции сосуществования организма хозяина и окружающего его микроорган-измов постепенно стал происходить естественный отбор колоний микробов, способных оказывать полезное содействие в течение процессов пищеварения. Каждый отдельный отсек пищеварительного конвейера отличается специфичностью спектра его заселяющей микрофлоры. Разумеется, качественный состав микробиоценоза каждого отдельного сегмента зависит от ряда факторов. Однако, главным среди них является характер пищеобработки строго присущего для данного участка желудочно-кишечного тракта. Наряду с этим, конечно немаловажное значение имеют условия обитания в экологической ниши, благодаря чему группируются и сосуществуют колонии микроорганизмов. С учетом последнего можно полагать, что наилучшие условия обитания существуют в желудочном отсеке пищеварительного конвейера [3].

Цель исследования: Целью настоящего исследования явилось сравнительное изучение чисел компонентов колоний и частоты высевания вида бактерий высеванных из желудочного сока больных хроническим гастритом в зависимости от морфологического состояния слизистой оболочки желудка.

Материал и методы. Для осуществления поставленных задач была обследована когорта больных хроническим гастритом (ХГ), состоящая из 38 человек. Все больные были распределены на две группы. В первую группу вошли 18 больных (из них 10 мужчин, 8 женщин) с хроническим атрофическим гастритом (ХАГ) в возрасте от 22-67 лет, в среднем 38 лет. Во вторую группу были включены 20 больных (из них 12 мужчин, 8 женщин) с хроническим гипертрофическим гастритом (ХГГ) в возрасте от 18-64 лет, в среднем 34 года. Обследованные группы больных по полу и числу лиц, средней продолжительности срока болезни и по ряду других параметров были репрезентативны. Основными критериями для включения больных в группу обследования явились: факт отсутствия приема антибиотиков, антибактериальных препаратов, нестероидных противовоспалительных средств, а также эубиотиков минимум за 3 месяца до начала исследования, отсутствия в анамнезе антибиотикоассоциированной диареи и различных оперативных вмешательств на органы желудочно-кишечного тракта. Исследование одобрено этическим комитетом Бухарского медицинского института и проводилось в соответствии с этическими требованиями Хельсинской декларации. Каждый пациент был ознакомлен задачами предстоящего исследования и степенью его участия в нем, на что было получено письменное их согласие. Набор больных проводился во время их первого обращения в гастроэнтерологическую клинику. Диагноз хронического гастрита верифицировался с помощью традиционных способов обследования (сбор анамнеза, оценка клинических симптомов и лабораторных проб) с включением гастрофиброскопических исследований и обязательным взятием биопсийного материала минимум из двух участков СОЖ. Контрольную группу составили 10 практически здоровых лиц, из них 4 мужчин

и 6 женщин, средний возраст которых не превышал 35 лет. В основу бактериологического анализа положены методические рекомендации А.З.Смолянской (1984), Грачевой Н.М. с соавторами (1986). Путем серийного разведения желудочный сок высевали на питательные среды для выявления анаэробных и аэробных микроорганизмов. Для адекватного сравнения результаты бактериологических исследований в зависимости от числа вида высеянных колоний были разделены: на 3-х, 6 и более компонентные пробы.

Результаты и их обсуждение. Как следует из полученных данных показатели биоценоза желудка лиц контрольной группы и больных ХАГ и ХГГ существенно отличались между собой. Это отличие касалось не только количественных, но и качественных параметров результата бактериологических исследований. Как следует из данных представленных в табл. 1 у лиц контрольной группы в основном были высеяны 3-х компонентные колонии. Примечательно то, что ни у одного из них не удалось высеять 6 и более компонентные колонии. Из общего числа 10 человек, всего лишь у двух (20%) лиц желудочная микрофлора состояла из 3-х компонентой, у четверых (40%) 2-х компонентной, еще у остальных четверых (40%) 1- компонентной колоний. Наиболее часто (у 8 лиц (80%) контрольной группы) высеивалась колония пептострептококков. Микроколонии пептострептококков встречались у 3 (30%) лиц в виде монокомпонентной, еще у 3 (30%) человек в составе двухкомпонентной, а у оставшихся 2 (20%) лиц в составе трехкомпонентной колоний. На основании анализа состава микрофлоры желудочного сока лиц контрольной группы можно предположить, что среди высеянных видов бактериальных колоний по ходу эволюционных процессов в кислой желудочной среде видать более успешно адаптировались пептострептококки

Таблица 1

Частота поликомпонентных колоний высеянных из желудочного сока больных хроническим гастритом

Обследованные группы	Число компонентов					
	до 3х		до 6х		и более	
	абс	%	абс	%	абс	%
Контрольная n=10	10	100	-	0	-	0
ХАГ n=18	2	13,3	7	33,3	11	53,3
ХГГ n=20	7	34,8	11	56,5	2	8,7

Несколько иного характера результаты были получены при анализе состава микрофлоры желудочного сока больных ХАГ и ХГГ. У последних на первый взгляд ощутимо увеличилось число 6- и более компонентных колоний. Так, если у лиц контрольной группы высеянные колонии были представлены исключительно из 3-х компонентных, то у больных хроническим гастритом, особенно с атрофической формой его поражения, состав колоний бактерий все больше возрастал. Так, у больных ХАГ более чем 85% случаев были высеяны до 6 и более компонентные колонии, причем в 53% из них свыше 6 компонентные. Только лишь в 2 (13%) случаях исследования были идентифицированы микроколонии с не более 3 компонентами. Полученные результаты свидетельствуют о том, что у больных ХАГ наблюдаются характерные изменения в микробиоценозе желудка, которые как по числу компонентов, так и по структуры микрофлоры были наглядно отличимы. Не менее привлекательными оказались результаты подсчета количественных показателей микроколоний высеянных из желудочного сока больных ХГГ. Как следует из полученных данных, число поликомпонентных (до 6 и более) колоний у больных ХГГ в целом составило около 2/3 всех высеянных колоний. При этом явно преобладали до 6 компонентные колонии, которые высеивались более чем 56% случаев. Вслед за этим оказались до 3-х компонентные колонии, которые были обнаружены почти у 35% больных ХГГ. Замыкающими в этой тройке оказались колонии, состоящие из 6 и более компонентов, идентифицированные всего лишь у 8% случаев исследования. В ходе анализа количественных показателей высеянных колоний из желудочного сока больных ХАГ и ХГГ была выявлена значимая связь между числом и видом компонентов и морфологическим состоянием СОЖ. Согласно полученных результатов создается впечатление о том, что по мере формирования субатрофических и атрофических процессов в СОЖ частота высеянных поликомпонентных колоний, особенно числом компонентов более 6, существенно увеличивается. Примечательным является то, что у больных ХГГ также высокой оказалась частота высеянных поликомпонентных колоний. Однако, в отличие от таковых данных пациентов ХАГ, она была представлена преимущественно колониями с числом не более 6 компонентов. Конечно, такая расстановка компонентов колоний в зависимости от морфологического положения СОЖ требует соответствующего объяснения. Но, на данном этапе работы дать, исчерпывающий ответ на подобный вопрос представляется нам затруднительным, ввиду нехватки достоверных фактов. Все же, можно предположить, что при снижении секреторной способности СОЖ, которое часто имеет место в случаях атрофии эпителиального покрова, видать создаются оптимальные условия для заселения и дальнейшего размножения отдельных видов бактерий в желудке. В результате чего, происходит очевидное обогащение спектра биотопы желудка все новыми и новыми видами бактерий. Не менее интересные результаты были получены по ходу анализа частоты идентификации отдельных видов бактерий, которые были высеяны из желудочного сока больных хроническим гастритом. Как следует из данных представленных в табл. 2 частота высевания отдельных видов бактерий оказалась очень разной у лиц обследованных групп. Так, у лиц контрольной группы по частоте высеванию в основном доминировали: лактобактерии, сапрофитные стафилококки и пептострептококки. Они были высеяны более чем у 80% лиц контрольной группы. По частоте высеванию следующими видами бактерий оказались: бифидумбактерии и эпидермальные стафилококки. Замыкающими в этом ряду оказались стрептококки группы Д, которых удалось высеять менее чем у половины лиц контрольной группы.

Частота высеивания отдельных видов микробов из желудочного сока больных хроническим гастритом

Обследованные группы	40-60 %	61-80 %	более 80 %
Контрольная n=10	Стрептококк гр Д	Бифидумбактерии, Эпидермальный стафилококк	Лактобактерии, Сапрофитный стафилококк, Пептострептококк
ХАГ n=18	Золотистый стафилококк, Протеус, Эшерихия ЛН	Пептострептококк, Эпидермальный стафилококк, Стрептококк гр Д, Кандида	Сапрофитный стафилококк
ХГГ n=20	Стрептококк гр Д	Пептострептококк, Эпидермальный стафилококк,	Сапрофитный стафилококк, Кандида

Совершенно иная картина была обнаружена при анализе частоты высеивания видов бактерий из желудочного сока больных хроническим гастритом. Так, из желудочного сока больных ХАГ наиболее чаще был высеян сапрофитный стафилококк, частота которого составила свыше 80%. Пептострептококки, эпидермальные стафилококки, стрептококки группы Д и кандиды были высеяны примерно у 70% больных ХАГ. Еще в меньшей мере (около 50% случаев) была высеяна культура золотистого стафилококка, протеуса и эшерихии ЛН. Результаты анализа частоты высеивания бактерий из желудочного сока больных ХГГ оказались несколько отличительными от таковых данных пациентов ХАГ. Так, у больных ХГГ в более чем 80% случаев исследования были высеяны колонии сапрофитных стафилококков и кандиды. Пептострептококки и эпидермальные стафилококки высевались сравнительно у небольшого числа - примерно у 65% больных ХГГ. Наконец, очень на низком уровне высевалась колония стрептококка группы Д, примерно у 50% пациентов ХГГ. Следует отметить, что в более чем у 80% лиц контрольной группы и больных ХАГ и ХГГ, завидным постоянством высевалась колония сапрофитного стафилококка. В то же время около 70% случаев исследования (лица контрольной группы и больных хроническим гастритом вместе взятые) была высеяна колония эпидермального стафилококка.

Выводы: Желудочный биоценоз больных хроническим гастритом претерпевает существенное изменение за счет роста числа видов бактерий и частоты высеивания 6 и более компонентных колоний. У большинства больных хроническим гастритом завидным постоянством высевались колонии сапрофитного и эпидермальных стафилококков. Спектр высеиваемой микрофлоры вместе с числом поликомпонентной (6 и более) колонии определенно были зависимы от характера морфологического поражения СОЖ. Обе указанные показатели существенно выраженными были в случаях атрофического поражения эпителиоцитов желудка. Важной отличительной особенностью биоценоза желудка больных ХАГ и ХГГ являлась то, что у первых пейзаж высеиваемой микрофлоры был представлен преимущественно за счет до и более 6, а у вторых до 3-х и до 6 компонентных колоний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аруин Л.И. Роль *Helicobacter pylori* в формировании морфологического субстрата язвенной болезни. Материалы VIII тематической сессии Российской группы по изучению *Helicobacter pylori*, 18 мая 1999, Уфа. С.7-11.
2. Аруин Л.И., Ильченко А.А., Горюшин В.С. и др. Влияние длительного воздействия антибиотиков на слизистую оболочку желудка и *Helicobacter pylori*. Клини. мед. 1995. N5. С.78.
3. Бондаренко В.М., Петровская В.Г. Ранние этапы развития инфекционного процесса и двойственная роль нормальной микрофлоры. Вестник РАМН. 1997. № 3 с. 7-10.

УДК 616.248-053.2:577.213

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА VNTR ГЕНА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ NOS С КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Рукин К. Ю.

*Сибирский государственный медицинский университет
Центральная научно-исследовательская лаборатория СГМУ*

Научный руководитель: д.м.н., проф. Огородова Л. М.

Типичные клинические проявления бронхиальной астмы (БА) – удушье, кашель, одышка – являются следствием хронического персистирующего воспаления в бронхах, формирование которого реализуется в результате взаимодействия средовых и наследственных факторов [1].

В течение последнего десятилетия внимание многих исследователей привлекает участие оксида азота (NO) и его метаболитов в формировании и поддержании аллергического воспаления [2]. Фермент, ответственный за продукцию NO, идентифицирован как NO-синтаза (NOS) и имеет три изоформы: конститутивная нейрональная – nNOS, индуцибельная – iNOS, конститутивная эндотелиальная – eNOS. Согласно проведенным исследованиям ген eNOS является кандидатным для развития бронхиальной астмы БА [3]. Существующие на сегодняшний день данные позволяют сделать вывод о том, что полиморфизм генов NO-синтаз может являться одним из факторов наследственной предрасположенности к БА. Однако пока не ясно, какие мутации данных генов наиболее значимы [4]. В связи с этим было спланировано и проведено исследование полиморфизма VNTR гена eNOS у детей, больных БА.

Целью исследования было установить вклад полиморфизма VNTR eNOS в развитие БА у детей.

В исследование включено 166 детей больных БА, средний возраст которых составил $10 \pm 0,31$ лет и 120 условно здоровых детей в возрасте $8 \pm 1,26$ лет. Диагноз БА верифицировался на основании анамнестических, клинических и функциональных данных согласно. По тяжести пациенты распределились следующим образом: легкая – 53,04% (n=87), среднетяжелая – 37,80% (n=62), тяжелая – 9,14% (n=15). У всех пациентов проводилось взятие крови в количестве 5 мл для молекулярно-генетического исследования. Выделение геномной ДНК из венозной крови проводили

методом фенол-хлороформной экстракции. Исследование генотипа осуществлялось методом ПЦР, с использованием набора «Titan One Tube RT-PCR System» (Roche Diagnostics GmbH, Германия) согласно приложенной инструкции. Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи пакета программ «Statistica for Windows 6.0» и программного продукта «Statcalc».

В результате исследования выявлено, что риск формирования астмы достоверно выше при гетерозиготном варианте гена ($RR=2,89$, $CI95\%=1,22-7,08$), чем при другом генотипе. Достоверных отличий по риску формирования астмы у детей с другими аллельными вариантами гена установлено не было.

Больные легкой БА имеют наилучшие значения пиковой скорости выдоха (ПСВ) ($97,12 \pm 2,58\%$) по сравнению с другими пациентами с астмой ($p < 0,00001$), для этих пациентов более характерна гомозигота по аллелю а полиморфизма VNTR гена eNOS. Выявлено, что при генотипе aa в 2,19 раз чаще формируется легкая БА ($CI95\%=1,08-4,48$), а значение ПСВ является наиболее высоким ($92,75 \pm 1,13\%$, $p=0,008$) по сравнению с больными, имеющими другие варианты гена. У 78,2% ($n=67$) больных легкой астмой в качестве триггера выступают пыльцевые аллергены, а у 83,3% ($n=56$) из них так же отмечен вариант aa полиморфизма VNTR гена eNOS. Расчет отношения шансов показал, что вероятность развития пыльцевой сенсibilизации у больных БА при этом генотипе в 2,89 раз выше, чем при другом ($CI95\% - 1,29-6,6$).

Наиболее выраженное нарушение функции внешнего дыхания было у больных тяжелой астмой с генотипом bb полиморфизма VNTR гена eNOS ($ПСВ=77,74 \pm 4,49\%$, $p < 0,00001$). Вероятность формирования тяжелой БА при гомозиготе по аллелю b в 11,27 раз выше, чем при других аллельных вариантах исследуемого гена.

Подверженность сенсibilизации к бытовым аллергенам не различалась у больных различной тяжестью астмы, однако была достоверно выше у пациентов, которые имели гетерозиготу ab, исследуемого полиморфизма ($OR=3,33$; $CI95\% - 1,01-11,21$).

Таким образом, в результате проведенного нами исследования выявлено, что полиморфизм VNTR интрона 4 гена eNOS ассоциирован с формированием БА у детей. Отмечено, что аллель b ассоциирован с формированием более тяжелого клинического течения астмы и нарушением функции внешнего дыхания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Локшина Э.Э. Роль генетических маркеров в ранней диагностике atopических заболеваний. Педиатрия. – 2006. - № 3. – с. 87-89.
2. Fabio L., Ricciardolo M., Peter J. et al. Nitric oxide in health and disease of the respiratory system. - Physiol. Rev. 2004 – vol. 84. – P. 731-765.
3. Yanamandra K., Boggs P.B., Thurmon T.F. et al. Novel allele of the endothelial nitric oxide synthase gene polymorphism in Caucasian asthmatics. Biochem. Biophys. Res Commun. – 2005 - №9. – Vol. 23. – P. 545-549.
4. Фрейдин М.Б. Генетические основы подверженности к бронхиальной астме. – Томск, 2001. - 198с.

УДК 616-056.4:159.9:796/799

ВЛИЯНИЕ ТИПА ТЕМПЕРАМЕНТА НА ЗАНЯТИЯ СПОРТОМ

Рыбакова Н. В., Ушаков И. Ю., Федяева Е. Н.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра физиологии*

Научный руководитель: к.м.н., ст. преп. Потылицина В. Ю.

Новое понимание структуры и механизмов поведения не только резко изменило подход к поиску биологических характеристик, лежащих в основе индивидуальных различий между людьми, но и заставило пересмотреть проблему формально-динамических свойств в структуре индивидуальности человека.

Цель исследования заключалась в выявлении зависимости типа темперамента от занятий спортом.

Задачи исследования: Установить особенности изменения типа темперамента в зависимости от занятий спортом.

Установить различия типа темперамента у спортсменов и людей, не занимающихся спортом.

Материалы и методы: В исследовании участвовало 100 человек, учащиеся на втором курсе Красноярского государственного медицинского университета. Они заполняли опросник формально-динамических свойств индивидуальности В. М. Русалова. В ходе эксперимента испытуемые были разделены на две группы: спортсмены и люди, не занимающиеся спортом. Метод ОФДСИ позволяет наиболее полно и точно оценивать как отдельные формально-динамические свойства индивидуальности, так устойчивые структуры (индексы, типы), отражающие различную степень их интеграции в психомоторной, интеллектуальной и коммуникативной сферах поведения человека.

В этом методе полученные баллы разделяются на три категории: низкие, средние и высокие. Это помогает определить, различая внутри группы людей.

Категории:

ПСИХОМОТОРНАЯ СФЕРА

Эргичность (выносливость) – степень напряженности взаимодействия организма с средой.

- Низкие значения свойства – узкая сфера психомоторной деятельности, низкий мышечный тонус, нежелание физического напряжения, низкая вовлеченность в процессе деятельности, избегание работы, двигательная пассивность;

- Средние значения свойства – нормальный мышечный тонус, обычная двигательная активность, средневывраженное стремление к физическому напряжению;

- Высокие значения свойства – высокая потребность в движении, «широкая сфера психомоторной активности, жажда психомоторной деятельности, постоянное стремление к физическому труду, избыток физических сил;

Пластичность – легкость переключения с одной программы поведения на другую.

- Низкие значения свойства – повышенная склонность к монотонной физической работе, боязнь, избегание разнообразных форм ручного труда, стремление к шаблонным способам физической деятельности, вязкость движений;

- Средние значения свойства – типичная для человека гибкость при переключении с одной физической работы на другую;

- Высокие значения свойства – высокая гибкость при переключении с одних форм двигательной активности на другие;

Скорость – темп изменения текущей программы поведения.

- Низкие значения свойства – заторможенность психомоторики, низкая скорость двигательных операций при выполнении ручного труда;
- Средние значения свойства – средняя скорость моторно – двигательных операций;
- Высокие значения свойства – высокий темп психомоторного поведения, высокая скорость в различных видах двигательной активности;

Эмоциональность – чувствительность к несовпадению реального результата действия с его акцептором.

- Низкие значения свойства – безразличие к расхождению между задуманным моторным действием и реальным результатом этого действия;
- Средние значения свойства – средне выраженная чувствительность к неудачам в ручном труде, возможному несовпадению задуманного и реального моторного действия;
- Высокие значения свойства – высокая чувствительность по поводу расхождения между ожидаемым и реальным результатом ручного труда, ощущение неполноценности продукта физической работы;

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНАЯ СФЕРА

Эргичность

- Низкие значения свойства – низкий уровень интеллектуальных возможностей, нежелание умственного напряжения;
- Средние значения свойства – средний уровень интеллектуальных возможностей, средневыраженное стремление к умственной работе;
- Высокие значения свойства – высокий уровень интеллектуальных возможностей, высокий уровень способности к обучению;

Пластичность

- Низкие значения свойства – вязкость мышления;
- Средние значения свойства – нормальная гибкость мышления;
- Высокие значения свойства – высокая гибкость мышления, творческий подход к решению проблемы;

Скорость

- Низкие значения свойства – низкая скорость умственных процессов;
- Средние значения свойства – средняя скорость умственных процессов при осуществлении интеллектуальной деятельности;
- Высокие значения свойства – высокая скорость умственных процессов при осуществлении интеллектуальной деятельности;

Эмоциональность

- Низкие значения свойства – безразличие к расхождению между ожидаемым и реальным результатом действия при выполнении умственной работы, слабое эмоциональное реагирование при неудачах;
- Средние значения свойства – средняя выраженность эмоциональных переживаний в случае неудач в умственной работе;
- Высокие значения свойства – высокая чувствительность по поводу расхождения между ожидаемым и реальным результатом умственной работы;

КОММУНИКАТИВНАЯ СФЕРА

Эргичность

- Низкие значения свойства – низкая потребность в общении, социальная пассивность;
- Средние значения свойства – нормальная потребность в общении, «средний» круг контактов;
- Высокие значения свойства – высокая потребность в общении, широкий круг контактов;

Пластичность

- Низкие значения свойства – низкий уровень готовности к вступлению в новые социальные контакты, тщательное продумывание своих поступков в процессе социального воздействия;
- Средние значения свойства – нормальная готовность к общению, типичное для среднего человека стремление к новым социальным контактам;
- Высокие значения свойства – легкость вступления в новые социальные контакты, легкость переключения в процессе общения;

Скорость

- Низкие значения свойства – низкая речевая активность, заторможенность;
- Средние значения свойства – обычная скорость речевой активности;
- Высокие значения свойства – легкая и плавная речь, высокая речевая активность;

Эмоциональность

- Низкие значения свойства – низкая чувствительность к неудачам в общении, ощущения радости и уверенности в себе процессе взаимодействия с другими людьми;
- Средние значения свойства – среднеинтенсивное эмоциональное переживание в случае неудач в общении;
- Высокие значения свойства – высокая чувствительность в случае неудач в общении, ощущения постоянного беспокойства в процессе социального взаимодействия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вокиндр Н.Я. психофизиологическая характеристика доминанты при умственном и физическом нервно-эмоциональном напряжении. Вопросы высшей нервной деятельности человека, КГПИ, Красноярск, 1973.
2. Тюльпин Ю.Г. медицинская психология: Учебник.- М.: Медицина, 2004.-320с.: ил.

ИЗУЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ И ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ МОЛОЧНОГО ГРИБА

Рыжов В. Д.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра биологии с экологией и курсом фармакогнозии

Кафедра микробиологии

Научные руководители: к.б. н., доц. Чиненков В. А., к.б.н., доц. Перьянова О. В.

Актуальность настоящего исследования обусловлена тем, что молочный гриб («молочный грибок», «кефирный грибок», «тибетский грибок», «индийский рис»), обладающий лечебно-профилактическими свойствами (2,4), широко используется в качестве закваски для приготовления кефира в домашних условиях. При этом потребители зачастую не обладают необходимой информацией о природе молочного гриба, оптимальных условиях его культивирования, а также лечебно-профилактических свойствах.

Происхождение молочного гриба трактуется неоднозначно. Наиболее распространены три версии истории его возникновения (1, с. 73-90):

1. Ещё в конце XIX в. полагали, что основу молочного гриба составляют видоизменённые кумысные дрожжи. Кочевники-татары, переселившись в горы и занявшись разведением рогатого скота, пробовали заквашивать кумысными дрожжами кобылье и коровье молоко. Закваска, попав в новую питательную среду, постепенно изменяла свой состав и в результате эволюции под влиянием различных условий приняла современный вид.

2. Существуют также данные, что молочный гриб пришел к нам из Тибета в середине XIX века, где местные племена веками хранили секрет изготовления кефира, на его основе.

3. Согласно третьей версии впервые культивировать кефир стали народы, населяющие северный склон Кавказского хребта, где он и по сей день существует под различными названиями: кяфир, кэпы, кхагу, чыппэ и многими другими.

Не исключено и полифилетическое происхождение – независимо в нескольких исходных центрах.

В природных условиях молочный гриб не встречается. Его происхождение целиком связано с развитием скотоводства и распространением молочного питания.

Цель работы – изучить биологические свойства молочного гриба, а также направления лечебно-профилактического воздействия кефирного напитка, изготовленного на его основе.

Для достижения цели были поставлены задачи:

1. Выявить распространённость применения молочного гриба среди населения, а также степень информированности о его свойствах;
2. Установить экспериментальным путём оптимальные условия выращивания молочного гриба (температурный режим, соотношение массы грибка и объёма молока);
3. Исследовать активность кефира, полученного на основе молочного гриба в отношении дрожжеподобных грибов рода *Candida*, грамотрицательных (*E.coli*) и грамположительных (*S. aureus*) бактерий.
4. Определить особенности состава молочного гриба.
5. Изучить степень связи симбиотических компонентов гриба.

Объектом исследования явился молочный гриб, называемый кефирным грибом. Это симбиотический организм, компоненты которого объединены в единую систему. Они совместно растут, размножаются, передавая свою структуру и свойства последующим поколениям. Молочный гриб имеет плотную консистенцию и состоит из соединенных между собой округлых образований диаметром 0,5-0,8 мм. Основу их микрофлоры составляют молочнокислые палочки, стрептококки и дрожжи.

Согласно современным данным (6) в различных культурах молочного гриба обнаружены около 20 видов молочнокислых бактерий рода *Lactobacillus*, 7 видов стрептококков и лактококков (*Streptococcus thermophilus*, *Lactococcus lactis* subsp. *lactis* и др.), а также грибы, принадлежащим к родам *Debaryomyces*, *Galactomyces*, *Kluyveromyces* (*lactis* var. *lactis*). В молочном грибе обнаруживаются также 2 вида уксуснокислых бактерий - *Acetobacter aceti* и *Acetobacter rasens*.

Среди грибов 7 видов относятся к роду *Candida*. При этом условно-патогенный гриб *Candida albicans* никогда не был обнаружен в симбиотических кефирных грибах. Симбионт не допускает размножение этого вида дрожжей. Виды дрожжей, относящиеся к роду *Candida*, в молочном грибе не являются патогенными. В результате может произойти вытеснение условно-патогенных организмов кишечника, как за счет конкурентных взаимоотношений, так и благодаря синтезу продуктов метаболизма симбионтов гриба.

В процессе жизнедеятельности грибка микроорганизмы, входящие в его состав, вызывают изменения в молоке. Под влиянием молочнокислых стрептококков и палочек происходит молочнокислое брожение, дрожжи вызывают спиртовое брожение.

Благодаря этим процессам составные элементы молока претерпевают изменения, особенно молочный сахар. Образующиеся при этом углекислота и спирт активизируют деятельность желудка, ускоряют процессы пищеварения, возбуждают аппетит. Молочная кислота благотворно влияет на микрофлору кишечника, задерживает развитие гнилостных бактерий.

В общебиологическом плане актуален, на наш взгляд, вопрос о характере взаимоотношений бактериобионтов и микобионтов, их роли в молочном грибе как единой самостоятельной саморегулирующейся системе.

Известна подобная группа симбиотических организмов. Это лишайники, в которых сосуществуют два компонента: гетеротрофный – гриб (микобионт) и автотрофный – различные водоросли (фикобионт). Традиционно считается, что эти компоненты находятся в гармоническом обоюдновыгодном симбиозе по типу мутуализма. Однако многие специалисты расценивают взаимоотношение между ними как контролируемый паразитизм гриба на автотрофе. Гриб в слоевище лишайника играет роль регулирующего «хозяина», «эксплуатирующего» водоросль, но создающего условия, при которых она продолжает жить. В доказательства такой точки зрения приводят факты, когда после разделения гетеротрофного и автотрофного компонентов лишайников гриб плохо растёт и не может образовывать спороносные структуры. Напротив, водоросли, выделенные из лишайника, быстрее растут в свободном состоянии.

Аналогичные вопросы возникают и применительно к объекту нашего исследования – молочному грибу: в чём состоит суть взаимодействия компонентов симбиоза, какой из них более жизнеспособен при внешних воздействиях?

В отношении строения молочного гриба представляет интерес изучение межклеточного вещества и возможной его организующей роли в симбиотической системе.

Методы исследования:

1. Распространённость применения молочного гриба в быту и степень осведомлённости о его свойствах определяли методом анкетирования учителей и учащихся 5-11 классов МОУ «Гимназия №7» г. Красноярск в 2007-2008 гг. Всего опрошено 24 учителя и 110 учащихся. В 2009г. аналогичное анкетирование было предложено студентам 2-го курса ФФМО КрасГМУ, обучающимся по специальности «лечебное дело» (130 студ.), а также 1-го курса фармацевтического факультета (21 студ.).

Были заданы вопросы: 1. Вам известен кефирный гриб (молочный грибок, тибетский грибок)? 2. Имеете ли Вы дома кефирный гриб? 3. Вы употребляете кефир, приготовленный в домашних условиях путём сбраживания молока молочным грибом? 4. Вы употребляете кефир, полученный дома, потому, что: а) знаете, что он полезен; б) вне связи с его пищевой ценностью.

2. Параметры культивирования (жирность молока, его температура, освещённость помещения) устанавливали по скорости прироста массы гриба (белкового сгустка, отделяемого от раствора) за 1 сутки.

3. Антимикробную активность метаболитов молочного гриба определяли методом «лунок» на тест - культурах микроорганизмов (*E. coli*, *S. aureus* 209P, *MRSA*, *C. albicans*), выращенных в течение суток на питательном агаре (ГРМ-агар). *MRSA* (Methicillin Resistant *Staphylococcus Aureus*) характеризуется устойчивостью к β -лактамам и перекрестной резистентностью к другим группам антибиотиков. Затем готовили взвесь в концентрации $1,5 \times 10^8$ КОЕ/мл. Посев производили с помощью тампона по методу Кирби-Бауэра. В лунки вносили кефир, полученный на основе молочного гриба, в количестве 0,1 мл. Посевы инкубировали в термостате при 37°C.

4. Изучение состава микобионта молочного гриба проводили путем микроскопирования после окраски по Грамму, а также с помощью его посева на кровяной колумбийский агар, хромогенную среду для дрожжеподобных грибов рода *Candida*, желчно-эскулиновый агар, среду для лактобактерий (*Hai-Media*, Индия).

5. Для изучения степени связи симбиотических компонентов гриба проводили гомогенизацию гриба путем продавливания его через мелкое сито с получением кашицеобразной массы. Затем провели два опыта. В опыте №1 полученную массу культивировали в течение 8 суток в смеси молока пополам с раствором коллоидного серебра, обладающего, по данным литературы, выраженным противомикробным действием. Раствор приготавливали в концентрации 10000 мкг/л с помощью выпускаемого промышленностью аппарата «Георгий» - генератора коллоидных ионов серебра (3). В опыте №2 гомогенат содержали в течение 4 суток в растворе коллоидного серебра без добавления молока.

Результаты:

1. Среди учеников гимназии знают о грибе 11%; употребляют напиток в настоящее время 4%; употребляли ранее 6%. Среди учителей соответственно: 87,5%; 20,8%; 20,8%.

Среди студентов КрасГМУ знают о молочном грибе 47% респондентов; употребляют кефир в настоящее время 13%; имеют дома молочный гриб 4%.

2. Оптимальные условия выращивания молочного гриба и получения кефирного напитка: температура от 220 до 240; необходимо сливать кефир ежедневно или с интервалом не реже, чем 2-3 суток. Освещённость помещения и жирность молока, в котором культивируется гриб, на скорость его развития и образования кефира не влияет.

3. Установлено, что наибольшей антимикробной активностью обладает трехдневный кефир. Метаболиты данного кефира подавляют в большей степени рост *S. aureus* 209P (зона отсутствия роста под действием метаболитов однодневного кефира – 10,6 мм, двухдневного кефира – 11,3 мм, трехдневного кефира – 15,3 мм). В меньшей степени подавляется рост *E. coli* (зона отсутствия роста соответственно 7,6 мм, 12,6 мм, 14,6 мм) и *C. albicans* (6,6 мм, 11,6 мм, 14,3 мм). Наиболее устойчивым к действию метаболитов гриба является штамм *MRSA* (отсутствие зоны роста – 13 мм, только под действием метаболитов трехдневного кефира).

4. Микроскопически установлено, что изучаемый молочный гриб представлен грамположительными молочнокислыми палочками, соответствующими морфотипу лактобактерий, а также дрожжеподобными грибами.

5. Добавление раствора коллоидных ионов серебра в питательную среду культивирования гомогената гриба (молоко) вызвало уплотнение его частиц, а также окружающей их массы кефира. В результате выдерживания гомогената в растворе коллоидных ионов серебра без добавления молока, на вторые сутки изменился цвет частиц гриба, появились начальные признаки его распада – дезинтеграции. Первоначально мутный раствор коллоидного серебра стал прозрачным. На четвертые сутки раствор, в котором помещался гриб, вновь помутнел (по-видимому вследствие накопления метаболитов гриба) и произошла дезинтеграция гриба на более мелкие фракции.

Выводы:

1. Население г. Красноярск достаточно хорошо информировано о том, что такое молочный гриб, а также о его лечебно - профилактических свойствах.

2. Метаболиты молочного гриба обладают антибактериальной активностью в условиях тест - культур микроорганизмов.

3. Путём воздействия концентрированным раствором коллоидных ионов серебра можно разделить молочный гриб на отдельные структурные компоненты.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баженов В.Н. Лечение индийским рисом. - М.: ООО «АСС-Центр», 2005. – 96с
2. Брехман И.И. Введение в валеологию-науку о здоровье. Л.: Наука, 1987. – 125с.
3. Безлепо А.В., Гуца И.А. Генератор коллоидных ионов серебра ГЕОРГИЙ. Инструкция по применению. РКЖИ. 066619.003 РЭ. – М.: Открытое акционерное общество «ДИОД», 2003. -20с.
4. Хрипкова А.Г., Колесов Д.В. Гигиена и здоровье, - М.: «Просвещение», 1989.
5. Яковлев Г.П., Аверьянов Л.В. Ботаника для учителя. В 2 ч. Ч.2. М.: Просвещение: Учеб.лит., 1997. – 336 с.
6. http://autism-biomed.narod.ru/kefir_page.htm

ИЗУЧЕНИЕ АМПЛИТУДЫ И ПЕРИОДА ЗУБЦОВ ШВОВ СВОДА ЧЕРЕПА

Рынденок А. А.

Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера
Кафедра нормальной, топографической и клинической анатомии, оперативной хирургии

Научный руководитель: к.м.н., доц. Цветкова Т. Ю.

Актуальность проблемы. Изучение формы а также зубцов швов черепа позволяет приблизиться к пониманию черепа как к целостной конструкции не только состоящей из определённых анатомических элементов, но и объединяющая ряд функциональных систем [2].

Цель. Изучить особенности строения зубчатых швов костей свода черепа.

Задачи:

1. Определить изменение амплитуды зубцов и их период на протяжении сагиттального, лобного и затылочного швов.
2. Определить конструктивные особенности зубчатых швов свода черепа.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 12 черепов из коллекции Н.И. Ансера, находящихся в историческом музее кафедры нормальной, топографической и клинической анатомии, оперативной хирургии ПГМА. У каждого черепа были измерены длина сагиттального, лобного и затылочного швов; количество и максимальная и минимальная амплитуда зубцов. Каждый шов был разделен на три части в соответствии с особенностями расположения и размеров зубцов, а также их периода. Период зубцов вычислялся путем отношения длины части зубчатого шва к количеству зубцов этой части. Полученные результаты обрабатывали с помощью методов вариационной статистики [1]. Результаты представлены в таблицах в виде средней арифметической и её стандартной ошибки ($M \pm m$). Достоверность различий между группами (p) оценивали согласно t – критерия Стьюдента.

Результаты. Самое большое количество зубцов примерно равной амплитуды во всех трех швах наблюдалось в самой длинной их части - средней части.

Так, на среднюю часть затылочного шва приходилось $8,7 \pm 0,65$ зубцов, а лобного и сагиттального швов – $12,2 \pm 0,63$ и $12,8 \pm 1,45$, соответственно. (Табл. 1, табл. 2, табл. 3).

Таблица 1

Среднее значение показателей зубцов лобного шва ($M \pm m$)

	1 часть шва	2 часть шва	3 часть шва
Длина (см)	$3,4 \pm 0,31$	$5,4 \pm 0,29^{***}$	$2,9 \pm 0,30^{***}$
Кол-во зубцов	$9,8 \pm 1,24$	$12,2 \pm 0,63^*$	$4,4 \pm 0,70^{***}$
Период зубцов (см)	$0,39 \pm 0,040$	$0,45 \pm 0,029$	$0,71 \pm 0,091^{**}$
A max (см)	$0,25 \pm 0,021$	$0,73 \pm 0,065^{***}$	$0,29 \pm 0,042^{***}$
A min (см)	$0,10 \pm 0,000$	$0,15 \pm 0,016^{**}$	$0,11 \pm 0,011^*$

Примечание: * - результат статистически достоверен с предыдущим показателем в строке ($p < 0,05$), ** - ($p < 0,01$), *** - ($p < 0,001$); Amax – максимальная амплитуда зубца, A min - минимальная амплитуда зубца

Таблица 2

Среднее значение показателей зубцов сагиттального шва ($M \pm m$)

	1 часть шва	2 часть шва	3 часть шва
Длина (см)	$3,1 \pm 0,62$	$6,4 \pm 0,68^{***}$	$3,0 \pm 0,37^{***}$
Кол-во зубцов	$8,6 \pm 1,29$	$12,8 \pm 1,45^*$	$6,1 \pm 0,84^{***}$
Период зубцов (см)	$0,34 \pm 0,023$	$0,47 \pm 0,040^{**}$	$0,5 \pm 0,070$
A max (см)	$0,5 \pm 0,10$	$0,81 \pm 0,081^*$	$1,00 \pm 0,094^*$
A min (см)	$0,13 \pm 0,019$	$0,22 \pm 0,042^*$	$0,29 \pm 0,080$

Примечание: * - результат статистически достоверен с предыдущим показателем в строке ($p < 0,05$), ** - ($p < 0,01$), *** - ($p < 0,001$); Amax – максимальная амплитуда зубца, A min - минимальная амплитуда зубца

Таблица 3

Среднее значение показателей зубцов затылочного шва ($M \pm m$)

	1 часть шва	2 часть шва	3 часть шва
Длина (см)	$3,2 \pm 0,30$	$3,7 \pm 0,26^*$	$2,8 \pm 0,23^{**}$
Кол-во зубцов	$6,8 \pm 0,45$	$8,7 \pm 0,65^*$	$6,4 \pm 0,75^*$
Период зубцов (см)	$0,49 \pm 0,030$	$0,46 \pm 0,034$	$0,46 \pm 0,030$
A max (см)	$0,79 \pm 0,081$	$1,02 \pm 0,094^*$	$0,39 \pm 0,051^{***}$
A min (см)	$0,24 \pm 0,038$	$0,31 \pm 0,068$	$0,13 \pm 0,024^*$

Примечание: * - результат статистически достоверен с предыдущим показателем в строке ($p < 0,05$), ** - ($p < 0,01$), *** - ($p < 0,001$); Amax – максимальная амплитуда зубца, A min - минимальная амплитуда зубца

Выявлены различные соотношения между периодами и максимальной и минимальной амплитудами зубцов у разных швов. Так, у продольно расположенного сагиттального шва отмечалось равномерное увеличение периода зубцов, а также их максимальной и минимальной амплитуды от начального отдела к конечному отделу шва. То есть, большей амплитуде зубцов соответствовал больший период зубцов и, наоборот, чем меньшую амплитуду имели зубцы, тем меньший период им соответствовал.

В отличие от продольно расположенного сагиттального шва в поперечно расположенных швах (лобном и затылочном) отмечалась обратная зависимость между периодом и амплитудой зубцов. Сравнение амплитуды зубцов разных швов показало, что самую большую амплитуду имели зубцы 1-й и 2-й частей затылочного шва ($0,79 \pm 0,081$ см и $1,02 \pm 0,094$ см, соответственно) и 3-й части сагиттального шва ($1,00 \pm 0,094$ см). (Рис. 1, рис. 2).

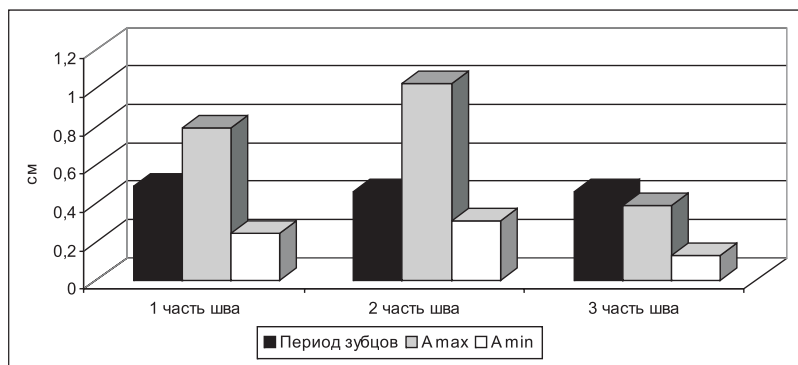


Рис. 1. – Соотношение периода, максимальной и минимальной амплитуды зубцов затылочного шва

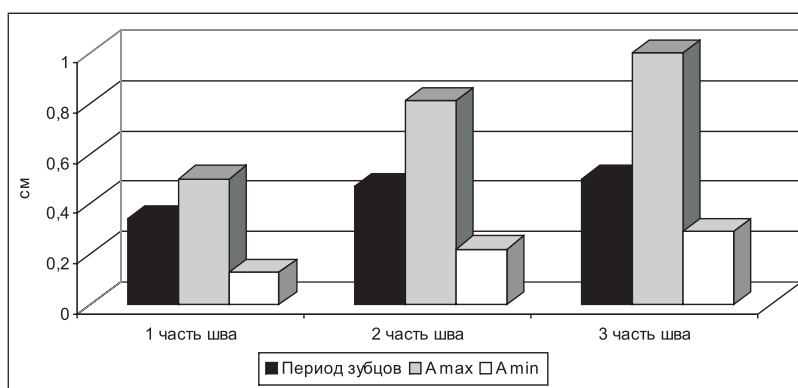


Рис. 2. – Соотношение периода, максимальной и минимальной амплитуды зубцов сагиттального шва

Т.е. на стыке 3-х костей – 2-х теменных и затылочной - отмечалось наличие зубцов с максимальной амплитудой и наибольшим периодом зубцов. По-нашему мнению, подобная конструкция обеспечивает максимальную прочность затылочной области черепа, имеющей наибольшую толщину костей.

Нами также отмечены еще 2 особенности, связанные с амплитудой зубцов изучаемых швов. В области теменного отверстия теменной кости, через которое проходят артерия и вена, у рядом расположенного сагиттального шва наблюдалось резкое снижение амплитуды зубцов. Возможно, что амплитуда зубцов связана с особенностями питания данного участка кости: нарушение питания кости в области зубчатых швов приводит к увеличению амплитуды зубцов и, наоборот. Кроме того, в области соединения двух теменных и затылочной костей чаще встречались wormieвы (вставочные) кости. Но именно в этой области амплитуда зубцов швов имела максимальные значения.

Выводы:

1. Наибольшее количество зубцов примерно равной амплитуды наблюдалось в средней части во всех трёх швах.
2. В сагиттальном шве отмечалось увеличение амплитуды зубцов одновременно с ростом их периода, в поперечно расположенных швах (лобном и затылочном) выявлена обратная зависимость.
3. На стыке 3-х костей – 2-х теменных и затылочной наблюдалась максимальная амплитуда с наибольшим периодом зубцов. что по-нашему мнению, обеспечивает максимальную прочность затылочной области черепа.
4. Амплитуда зубцов связана с особенностями питания участка кости. В условиях оптимального кровоснабжения кости (область теменного отверстия) амплитуда зубцов имеет минимальные значения.
5. Выраженное увеличение амплитуды зубцов в области соединения сагиттального и затылочного швов способствует формированию добавочных костей черепа.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. – Санкт – Петербург, 2003. – С. 11 – 39
2. Сперанский В.С., Зайченко А.И. Форма и конструкции черепа. – Москва, 1980. – С. 11

МЕЛАНОМА КОЖИ: АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА И КЛИНИЧЕСКАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ**Савина О. Б.***Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра патологической физиологии***Научные руководители: д.м.н. Рукша Т. Г., асп. Гырылова С. Н.**

Актуальность. Меланома – опухоль пигментообразующей системы кожи, отличающаяся от других злокачественных новообразований кожи своим крайне агрессивным течением, следствием которого являются высокие показатели смертности. Если учесть, что пигментированные образования, под маской которых может встречаться меланома, отмечается у 90% населения, то эта проблема приобретает особую остроту [1]. Меланома молниеносно инвазирует во все слои кожи, разрушая ее, распространяется по лимфатическим и кровеносным сосудам в другие органы (легкие, головной мозг, печень), где возникают очаги ее роста (метастазы).

Для развития меланомы необходимо «повреждение» нормальных клеток или тканей, которое вызывает их пролиферативные реакции. В результате такого повреждения может иметь место некроз клеток или тканей с последующей пролиферацией, регенерацией и восстановлением нормальных тканевых структур. Однако при затянувшейся пролиферации под воздействием каких-либо канцерогенных факторов может возникнуть нарушение дифференцировки клеток, изменение их мембранной антигенной структуры и гипореактивность к воздействиям регулирующих факторов организма. Все это может явиться основанием для выхода таких недифференцированных пролиферирующих клеток из-под контроля организма.

Также при повреждении могут возникнуть изменения в ДНК клетки с последующим нарушением ее белковой структуры и дифференцировки. Эта опухоль является уникальной для изучения вопросов ее канцерогенеза, так как более 50% первичных меланом кожи развивается на фоне предсуществующих пигментных невусов, что позволяет рассценивать последний как факультативный предрак, и так как наиболее важными экзогенными этиологическими факторами этой опухоли являются УФ-радиация и травма невусов.

Механизм канцерогенного действия УФ-радиации может заключаться в образовании в нормальных клетках высокоактивных свободных химических радикалов. В основе возникновения опухоли лежат процессы повреждения этими радикалами ДНК клетки, нарушение ее нормальной репарации. Последовательность процессов возникновения меланомы кожи под воздействием УФ-радиации можно схематически представить в следующем виде: УФ-радиация - меланобласты, меланоциты или невусные клетки - повреждение ДНК клетки - нарушение дифференцировки клетки - изменение белковой структуры клетки с возникновением новых мембранных антигенов - гипореактивность - бесконечно долгое размножение (опухолевый рост).

Механизм канцерогенного действия травмы предсуществующих пигментных невусов включает в себя пролиферацию тканей в ответ на их повреждение, но сама травма не приводит к развитию опухоли. Доказано, что клетки в состоянии пролиферации обладают повышенной чувствительностью к канцерогенному воздействию и особенно уязвимы, находясь в фазе митотического цикла. Поэтому интенсивное размножение (пролиферация) клеток может привести к их неопластической трансформации. Последовательность процессов возникновения меланомы кожи в результате травмы предсуществующих пигментных невусов можно схематически представить в следующем виде: повреждение - невусные клетки - воспаление и пролиферация поврежденной ткани - длительная пролиферация + воздействие эндогенных канцерогенных факторов (иммунологических, эндокринных, нейrogenных и др.) - нарушение структуры ДНК клетки - нарушение дифференцировки клетки - изменение белковой структуры клетки с возникновением новых мембранных антигенов - гипореактивность - бесконечно долгое размножение (опухолевый рост) [2].

Необходимо также сказать о генетических аспектах развития меланомы в контексте сигнальных механизмов, наиболее важный ростстимулирующий сигнальный механизм Ras и опухоль сдерживающий механизм CDKN2A, а также их взаимодействие с ключевым регулятором апоптоза, Bcl-2/p53 сигнальным механизмом. Так, сигнальный путь Ras, который активируется при множестве злокачественных новообразований, является промотором пролиферации и прогрессии меланомы. Этот путь регулирует клеточный рост, выживание, и инвазию с помощью двух механизмов: митоген активированных протеин киназ (MAPK) и фосфатидилинозитол-3-киназ (PI3K). Этот сигнальный механизм очень важен, до 90% меланом и доброкачественных меланоцитарных новообразований имеют мутации в одном из двух ключевых генов сигнального пути MAPK, BRAF или NRAS. А нарушения в сигнальном механизме PI3K отмечаются в 50-60% меланом. При меланоме преобладают мутации NRAS, наименее известной изоформы в семье генов RAS. Установлено, что мутации гена BRAF наблюдаются в 80% клеточных культур меланомы, и в 66% случаев некультивируемой меланомы. AKT является сигнальным элементом в Ras-PI3K сигнальном пути, определяющим рост и метастазирование меланомы. CDKN2A является главным геном, супрессором канцерогенеза при меланоме.

Цели. Целью данной работы являлось изучение особенностей заболеваемости меланомой кожи населения и выявление факторов риска данного заболевания на территории Красноярского края.

Материалы и методы. Произведен клинко-статистический анализ историй болезней 205 больных меланомой кожи (149 женщин и 56 мужчин) в возрасте от 21 до 85 лет (средний возраст 56,9±1,3 года), находившихся на стационарном лечении в 2003 - 2005 гг. в Краевом онкологическом диспансере г. Красноярска.

Результаты и обсуждение. При анализе историй болезней было выявлено, что частота возникновения меланомы увеличивается и стабильно преобладает количество женщин среди больных, чем мужчин. С другой стороны, с каждым годом определялось стойкое увеличение доли заболевших мужчин с 23,2% до 33,3% за исследуемый период (рис.1) .

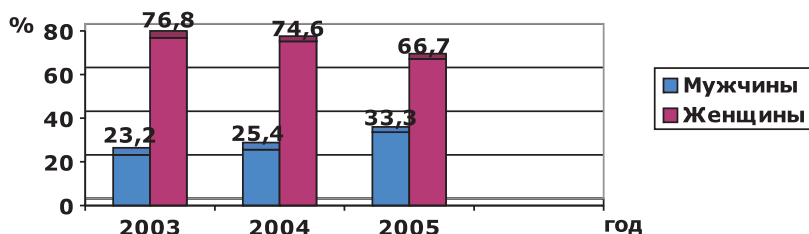


Рис. 1. – Распределение больных меланомой по полу за период 2003-2005 гг в %

Средний возраст впервые заболевших составил $57 \pm 1,3$ лет, при этом достоверных различий между мужчинами и женщинами по этому показателю не было выявлено ($59,2 \pm 1,6$ у женщин и $52 \pm 1,6$ у мужчин).

При анализе данных распределения больных по возрастным группам (до 50 лет, 51-70 лет, и старше 70 лет) было выявлено, что наиболее высокая доля лиц женского пола определялась в категории пациентов от 51 до 70 лет (50%). У лиц мужского пола риск развития меланомы возрастает также в 51 – 70 лет, но и отмечался высокий процент в группе до 50 лет (40% и 39,5%, соответственно).

Меланома кожи является социально значимым заболеванием, так как при анализе социального положения 52,4% больных меланомой относились к работоспособному населению, соответственно, их госпитализация влекла за собой потерю трудоспособности.

При анализе локализации меланомы было выявлено, что у лиц мужского пола меланома определялась преимущественно на туловище, а типичная локализация у лиц женского пола – туловище (40,3%) и нижние конечности (33,6%) (рис.2).

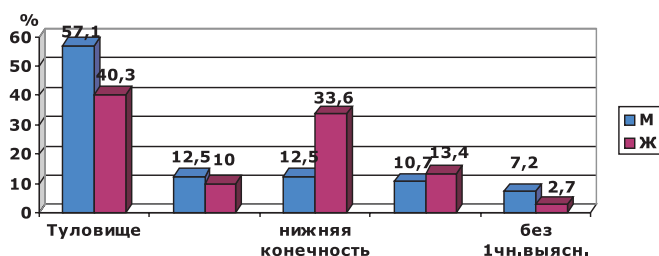


Рис. 2. – Распределение больных по локализации меланомы

При анализе стадирования больных меланомой кожи в Красноярском крае за 2003-2005гг по классификации Американского Объединенного Комитета по Раку (AJCC), у большинства больных меланомой преобладала II и III стадия заболевания (рис.3).

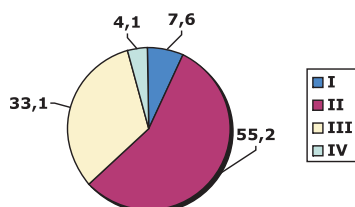


Рис. 3. – Распределение больных меланомой кожи по стадиям заболевания

Также было выявлено, что наблюдается определенная стабильность, доля больных с метастатическими стадиями заболевания (III+ IV) остается на том же уровне (38,9 % в 2003г., 33,3 % в 2004г. и 39,8 % в 2005 г.).

При анализе гистологических форм меланомы кожи было выявлено, что в 65,5% случаев наблюдалась поверхностно-распространяющаяся меланома, в 26,2% узловая формы и по 4% приходится на лентиго- меланому и на веретеноклеточную формы меланомы.

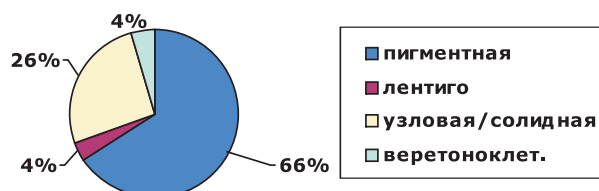


Рис. 4. – Гистологические формы меланомы кожи

Выводы. Таким образом, меланома кожи является злокачественным новообразованием, характеризующимся нарушениями нескольких сигнальных путей, механизмов передачи сигнал. Онкоген NRAS является промотором пролиферации меланоцитов, но не участвует в злокачественной трансформации. NRAS мутации развиваются в областях подверженных хроническому солнечному облучению, однако, наиболее частое повреждение Gln61 этого гена не является УФВ зависимым,

это говорит о том, что солнечное излучение не обязательно для развития этой мутации. Онкоген BRAF является ключевым элементом в канцерогенезе меланомы, и важнейшей терапевтической мишенью. Роль этого онкогена заключается в усилении пролиферации меланоцитов, но не в злокачественной трансформации. Мутации PI3K достаточно редки, но другие компоненты этого пути нарушены в 50-60% случаев меланомы. Сигнальный механизм CDKN2A/CDK4 – ограничитель опухолевого роста и промотор старения.

Все это осложняет рациональную терапию данного заболевания. При этом на примере Красноярского края является очевидным, что сохраняется рост женщин среди больных меланомой. Наиболее высокая доля больных женщин определялась в категории от 50 до 70 лет с учетом 2003 – 2005 гг. У мужчин риск развития меланомы возрастает также в 50 – 70 лет, но и отмечался высокий процент в группе до 50 лет.

Большинство больных меланомой относятся к работоспособному населению. Следовательно, меланома кожи является социально значимым заболеванием, что негативно сказывается на экономике страны.

Преимущественная локализация меланомы - на туловище у обоих полов, а также на нижней конечности у женщин. Преобладание II и III стадии заболевания у мужчин и у женщин. Доля больных с метастатическими стадиями заболевания (III+ IV) остается на том же уровне.

Таким образом, является актуальной необходимость дальнейшего изучения молекулярных механизмов развития данного злокачественного новообразования и совершенствования онкологической помощи больным меланомой кожи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шанин А.П. Опухоли кожи, их происхождение, клиника и лечение. – Л., 1969.
2. Adami J., Frisch M., Yuen J. et al. Evidence of an association between non-Hodgkin's lymphoma and skin cancer. Br. Med. J. – 1995. – V.310. - P. 1491-1495.

ИЗМЕНЕНИЕ ДИНАМИКИ КЛЕТОЧНОГО ЦИКЛА И МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В КОЖЕ ПОСЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ОБЛУЧЕНИЯ

Савченко И. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра патологической физиологии с курсом клинической патофизиологии*

Научный руководитель: д.м.н. Рукша Т. Г.

Увеличение заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи обуславливает необходимость дальнейшего изучения механизмов негативного действия ультрафиолетового излучения (УФИ). УФИ обладает разнообразными эффектами на клетки кожи, включая повреждение ДНК и образование пиримидиновых димеров, иммуносупрессивное действие, активацию перекисного окисления липидов и повышение уровня активных форм кислорода [3]. Помимо этого, УФИ изменяет интенсивность клеточной пролиферации и апоптоза, активность иммунокомпетентных клеток кожи, модулирует синтез про- и противовоспалительных цитокинов. УФИ обладает способностью влиять на показатели микроциркуляции за счёт снижения вязкости крови, что вызывает увеличение скорости периферического кровотока и улучшает оксигенацию тканей [1].

Механизмы изменений клеточной пролиферации после воздействия УФИ остаются изученными недостаточно. Однако нарушения динамики клеточного цикла являются одними из наиболее ранних событий при развитии злокачественных новообразований. Показано участие в регуляции клеточной пролиферации внутриклеточного белка - периферического бензодиазепинового рецептора (ПБР), изменение экспрессии которого было обнаружено в клеточных линиях с высокой митотической активностью. Существуют литературные данные, указывающие на возможную роль ПБР в регуляции апоптоза клеток кожи на ранних стадиях его инициации [2].

Целью данного исследования было определение уровня PCNA и ПБР, интенсивности апоптоза и периферического кровообращения в клетках кожи после воздействия УФИ.

Моделирование действия УФИ in vivo осуществлялось на белых беспородных крысах-самцах, массой 220-240 г, исследование выполнено с соблюдением правил гуманного обращения с животными. Облучение производилось источником ультрафиолетового света с длиной волны 200-400 нм в дозе 600 Дж/м². У животных в области предполагаемого воздействия УФИ предварительно удалялся волосяной покров. Взятие биопсии осуществлялось через 72 часа. Биоптаты кожи фиксировались в 10% нейтральном формалине с последующей заливкой в парафин.

Было сформировано две группы опыт (n=3) и контроль (n=4).

В качестве маркера интенсивности клеточной пролиферации использовался PCNA (ядерный антиген пролиферирующих клеток). Проводилось иммуногистохимическое исследование с моноклональными антителами к PCNA (Novocastra Lab. Ltd.) и ПБР (Trevigen) по стандартным методикам. Использовались биотинилированные вторичные антитела (BD Biosciences) и диаминобензидин (BD Biosciences) в качестве хромогена. Микроскопия производилась при увеличении в 600 раз с помощью микроскопа Olympus с видеонасадкой Sanyo. Оценивалось число PCNA+ и ПБР+ клеток на 100 клеток эпидермиса. Статистическая обработка результатов осуществлялась по методу Манна-Уитни для непараметрических исследований, а также определялся коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Уровень апоптоза определяли методом TUNEL (TdT-mediated dUTP-biotin nick end-labeling). Окрашивание с целью выявления TUNEL+ клеток производилось согласно протоколам производителя (Mebstain Apoptosis kit Direct, «Immunotech»). При микроскопии оценивалось число TUNEL+ клеток в 10 полях зрения. Статистическая обработка результатов осуществлялась по методу Манна-Уитни.

Параллельно проводили измерение уровня перфузии с помощью анализатора лазерного микроциркуляции крови ЛАКК-02 через 72 часа. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью метода Манна-Уитни для непараметрических исследований, а также метода Крускала-Уоллиса.

После воздействия УФО в пораженной области через 72 часа определялись эритема, корочки, шелушение.

В эпидермисе нормальной кожи ядра PCNA+ клеток окрашивались в коричневый цвет. Отмечалась преимущественная локализация данных клеток в базальном слое эпидермиса. Число PCNA+ клеток в нормальной коже составило 14,1. Регистрировалось достоверное снижение уровня PCNA в группе, подвергшейся облучению ($\alpha=0,01$).

В эпидермисе контрольной группы ПБР+ клетки визуализировались гомогенно, во всех слоях эпидермиса. Наблюдалась перинуклеарная локализация рецептора. Число ПБР+ клеток в нормальной коже составило 77,6 на 100 клеток эпидермиса. В опытной группе регистрировалось снижение экспрессии рецептора ($\alpha=0,01$).

Среднее количество апоптотических клеток, выявленных в контрольной группе, равно 1,1; в группе, подвергавшейся УФИ в дозе 600 Дж/м² - 5,5. При этом статистически значимое повышение уровня TUNEL+ клеток ($\alpha=0,05$) после воздействия УФИ наблюдалось только в дерме. В эпидермисе апоптотических клеток выявлено не было.

Величина перфузии в нормальной коже составила 25,8 пф.ед. При измерении величины перфузии через 72 часа выявлено достоверное по отношению к контрольной группе увеличение в группе, подвергавшейся УФО ($\alpha=0,017$) (Табл.1)

Таким образом, УФИ вызывает однонаправленное изменение интенсивности пролиферации кератиноцитов и экспрессии в них ПБР, что указывает на возможность участия ПБР в реализации эффектов УФИ в коже. Максимальным апоптоз-модулирующим действием УФИ обладало на клетки дермы, что может объясняться более высокой устойчивостью кератиноцитов эпидермиса к апоптоз-индуцирующему действию УФИ. Активация кровотока в коже может быть обусловлена повышением синтеза оксида азота, который в свою очередь, обладает способностью модулировать динамику клеточного цикла и может вносить свой вклад в ее нарушения в коже.

Дальнейшее разъяснение молекулярных механизмов действия УФИ в коже является необходимым для профилактики и терапии дерматологических заболеваний, индуцируемых УФИ.

Таблица 1

	Контроль	600 Дж/м ² Через 72 ч.
PCNA %/100 клеток	14,1	4,9*
ПБР %/100 клеток	77,6	70,1*
Апоптоз кл./10 полей зрения	1,1	5,5 [#]
Микроциркуляция пф. ед.	25,8	56,2 ^{&}

Достоверно по отношению к контролю* - $\alpha=0,01$; [#] - $\alpha=0,05$; & - $\alpha=0,017$.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Куницина Л.А. Применение ультрафиолетового облучения при нервных, сердечно-сосудистых и лёгочных заболеваниях. - Ялта, 1985. - С. 16
2. Nishigori C. Cellular aspects of photocarcinogenesis. Photochem Photobiol Sci 2006; 5:208-214.
3. Stoeber P.E. Transient protection by peripheral benzodiazepine receptors during the early events of UV light-induced apoptosis / P.E. Stoeber, P.Carayon, P. Casellas, M. Portier et al. // Cell Death Differ. - 2001. - V.8. - P. 747-753

УДК 616.853-053.2

ИЗМЕНЕНИЕ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Савченко С. И.

*Астраханская государственная медицинская академия
Кафедра нервных болезней с курсом нейрохирургии*

Научный руководитель: к.м.н., асс. Цоконава Ж. М.

В последнее время большое внимание уделяется вопросам, связанным с психопатологическими изменениями при эпилепсии. Значимость проблемы определяется хронически-прогредиентным течением заболевания, приводящим к психо-эмоциональным и интеллектуально-мнестическим изменениям, которые существенно нарушают социальную адаптацию больных и снижают качество их жизни. Применение нейропсихологических проб в педиатрической неврологии дополняет неврологическое исследование, позволяя выявить наиболее ранние симптомы поражения, уточнить топическую диагностику, наметить пути рационального лечения и медико-психологической реабилитации больных.

Целью работы явилось изучение отдельных корковых функций у детей и подростков, страдающих эпилепсией.

Использовались следующие методы исследования: схема адаптированного нейропсихологического исследования для детских неврологов, включающая 67 тестов и проб на выявление нарушений функций праксиса, гнозиса, речи, памяти и мышления. Подробно изучались клиничко-анамнестические и электрофизиологические данные согласно истории болезни.

Обследовано 20 детей и подростков в возрасте от 8 до 17 лет с различными формами и давностью эпилепсии без признаков снижения интеллекта. Соотношение мальчиков и девочек 1:1. К моменту обследования давность заболевания составила: до 2 лет-30%, от 2 до 5 лет-30%, более 5 лет-40%. Структура эпилептических припадков была различной и представлена парциальными, вторично-генерализованными тонико-клоническими приступами и абсансами.

В лечении использовались в 88% случаев препараты вальпроевой кислоты. Установлена наследственная предрасположенность к эпилепсии в 10% случаев. Отягощенный перинатальный анамнез отмечен у 16 обследуемых. 10% детей в анамнезе имеют фебрильные судороги.

При неврологическом исследовании у большинства пациентов (60%) как с парциальными, так и генерализованными припадками клинические признаки очагового поражения головного мозга либо отсутствовали, либо у них наблюдались единичные стигмы или рассеянная микроочаговая неврологическая симптоматика. В клинической картине у данных больных доминировали вегетативные, вегетативно-висцеральные нарушения, которые проявлялись головокружением, колебанием цифр артериального давления, сосудистой лабильностью, усилением дермографизма по ваготоническому или смешанному типам.

Для изучения функциональной активности головного мозга всем больным проводилась ЭЭГ. Анализ электроэнцефалограмм выполнялся следующими методами: визуальный анализ записи, выявление признаков эпилептиформной активности, компьютерный анализ с подсчетом амплитудно-частотных характеристик.

Пароксизмальная активность в виде комплексов спайк-волна-медленная волна	75%
Фокальная эпилептиформная активность:	90%
1. Височная	24%
2. Лобная	31%
3. Затылочная	3%
4. Теменная	17%
5. Центральная	25%
Частота волн	4,5 Гц
Амплитуда волн	164 мкВ

У 85% пациентов выявлены парциальные изменения отдельных корковых функций.

Всем больным проводилось изучение кинестетического, пространственного, динамического праксиса. При изучении кинестетического праксиса у 5% были выявлены персеверация двигательных актов при сохранности праксиса позы. Нарушение динамической организации двигательного акта проявилось у 10% пациентов в виде нарушения плавного выполнения взаимно-координированных движений. У 30% больных имели место нарушения зрительно-пространственной организации движений в виде трудности выполнения задания, связанные с дисфункцией теменно-затылочных отделов мозга. В остальных случаях нарушений со стороны праксиса обнаружено не было.

Легкие нарушения зрительного гнозиса наблюдались у тех же пациентов с измененным пространственным праксисом (10%), проявившиеся ошибками в определении возраста персонажей на сюжетной картинке. Учитывая расстройства зрительно-пространственного гнозиса, а также нарушения зрительно-пространственной организации движений у данных больных, можно констатировать дисфункцию теменно-затылочных отделов полушарий головного мозга.

Исследование слухового гнозиса выявили у 70% больных с парциальными и вторично-генерализованными припадками нарушения воспроизведения ритмов по слуховому образцу при сохранности воспроизведения ритмов по инструкции, что свидетельствует о дисфункции височных отделов головного мозга.

Речевые нарушения выявлены у 35% обследованных. Дети путали близкие по произношению звуки, не дифференцировали близкие фонемы, возникали трудности в произнесении отдельных слов (кинестетическая и сенсорная афазия). На формирование и динамику течения речевых расстройств влияли длительность течения эпилепсии (более 5 лет), ранняя манифестация эпилептических приступов и локализация эпилептического очага (лобная и мультифокальная). Данное обстоятельство могло быть связано с функцией двигательных механизмов речи лобными долями головного мозга и с многофункциональным механизмом речевых функций.

Среди когнитивных нарушений прежде всего страдали память (слухоречевая-95% и зрительная-70%), внимание и мышление. У детей наблюдалось снижение как кратковременной памяти, так и долговременной при запоминании слов и вербальных стимулов. Внимание характеризовалось истощаемостью, рассеянностью и отвлекаемостью. Выявлялись проблемы умственной работоспособности и снижение психического темпа в процессе решения задач (50%) и выполнения счетных операций (20%). Анализ зависимости когнитивных нарушений от клинических факторов эпилепсии продемонстрировал: чем раньше дебют эпилептических приступов, тем чаще снижение памяти и нарушения мыслительной деятельности, чем продолжительнее эпилептический процесс, тем выраженнее симптоматика.

Таким образом, используя нейропсихологический метод исследования, в 30% случаев определена дисфункция теменных отделов головного мозга (нарушения счета, пространственного, динамического и кинетического праксиса), в 32%- височных долей (страдали речевые функции, письмо, слухоречевая память). Нарушения функций лобных отделов в 31% случаев проявлялись в виде ухудшения регуляции, произвольных движений. У 6% детей были нарушены функции затылочных отделов головного мозга (зрительная память, чтение). Интегральная оценка показала, что нейропсихологическое заключение о стороне поражения мозга совпадает с данными ЭЭГ в 86%.

Проведенное клинико-психологическое исследование детей с эпилепсией свидетельствует о том, что нейропсихологический метод является тонким инструментом верификации нарушений работы мозга. Результаты исследования дают возможность проводить нейропсихологическую диагностику локализации эпилептического очага у детей уже на начальных стадиях заболевания с учетом тяжести клинического течения эпилепсии и исходного уровня умственного развития ребенка.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. - Москва, 2002.
2. Хомская Е.Д. Нейропсихология, 4-издание. - СПб: Питер, 2005.

УДК 616.11-002-002.3

ГНОЙНЫЙ ПЕРИКАРДИТ

Сакович В. В.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра хирургических болезней № 2

Центр интенсивной кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии ККБ № 1

Научный руководитель: д.м.н., проф. Дробот Д. Б.

Цель исследования: выявить частоту формирования вторичного гнойного сдавливающего перикардита как осложнение септического процесса и оптимизировать тактику лечения этих пациентов.

Материалы и методы: в течение 2000 – 2008г.г. в отделении кардиохирургии были прооперированы 10 пациентов с гнойным сдавливающим перикардитом. Из них 6 пациентов были прооперированы за последние 15 мес. (2007 – 2008 г.г.). При этом гнойный перикардит сформировался на фоне септикопиемии в четырех случаях, на фоне деструктивных процессов в легких в двух случаях и на фоне длительно текущего сдавливающего экссудативного перикардита в двух случаях.

Именно рост пациентов с гнойным перикардитом в течение последнего времени заставил нас обратить внимание на эту проблему. Всего за этот период (15 мес. – 2007 – 2008г.г.) было прооперировано 23 пациента по поводу сдавливающего перикардита различной этиологии. Пациенты с гнойным перикардитом составили 26% от общего количества больных с перикардитами. Все больные относились к классу тяжелого сепсиса с проявлениями органной дисфункции, гипоперфузией, сердечной недостаточностью 4 функ. кл по NYHA.

В течение этого времени в отделении реанимации и интенсивной терапии гнойно-септического центра ККБ находились на лечении 528 пациентов с различной степенью тяжести сепсиса. Из них с тяжелым сепсисом 181 пациент (34,5%). Таким образом, тяжелый септический процесс в 3,3% случаев осложнился гнойным перикардитом.

Во всех случаях диагноз сдавливающего перикардита установлен на основании клинических признаков сдавления сердца, проявляющиеся сердечной недостаточностью по большому кругу кровообращения; рентгенологическими признаками расширения сердечной тени и снижения амплитуды пульсации сердца; эхокардиографическими признаками наличия жидкости в полости перикарда, эхо-признаками сдавления сердца и наличия дополнительных эхопозитивных образований (фибрина) в полости перикарда.

Диагноз гнойного перикардита во всех случаях был установлен после пункции и дренирования полости перикарда, когда по дренажу полости перикарда получали гнойное отделяемое.

Наличие гнойного отделяемого из полости перикарда на фоне сепсиса с активными гуморальными проявлениями считали показанием к оперативному лечению. Это отвечает современным принципам лечения сепсиса - своевременная и адекватная санация гнойного очага. При выявлении гнойного перикардита оперативное лечение предполагалось по срочным показаниям (1 сут.) на фоне продолжающейся массивной антибактериальной и дезинтоксикационной терапии.

Оптимальным объемом оперативного лечения при гнойном перикардите считаем субтотальную резекцию перикарда из левосторонней переднебоковой торакотомии. Данный доступ в каждом случае позволял провести в оптимальном объеме ревизию и санацию левой плевральной полости и полости перикарда. Субтотальная резекция перикарда из левостороннего доступа позволяет полностью освободить левые и правые отделы сердца и адекватно санировать диафрагмальную и заднюю поверхность сердца. В послеоперационном периоде применяли длительное дренирование левой плевральной полости до получения серозного отделяемого в минимальных объемах. При повреждении правой плевральной полости дополнительно применяли дренирование правой плевральной полости.

Все больные получали стартовую адекватную антибактериальную терапию широкого спектра, которая обеспечивала перекрытие всех вероятных патогенных возбудителей (цефалоспорины четвертого поколения, карбопенемы, аминогликозиды, фторхинолоны + метрогил), при необходимости противогрипковые препараты. В последующем режим целевой антибактериальной терапии, основанный на полученных микробиологических данных и клиническом течении заболевания. При выявлении специфического процесса (туберкулез) сразу назначались противотуберкулезные препараты. Спектр патогенных возбудителей пациентов с гнойным перикардитом соответствовал наиболее типичному спектру флоры септических больных. Выделялись стафилококки (*Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*). При анализе флоры септических больных подобные микроорганизмы занимают ведущее положение по данным микробиологической лаборатории ККБ (18,5%).

Кроме антибактериальной терапии большинство больных нуждались в инфузионно-трансфузионной, инотропной и сосудистой терапии, респираторной и нутритивной поддержке.

В двух случаях дополнительно проводили методы экстракорпоральной гемокоррекции. При развитии полиорганной недостаточности использовали гемофильтрацию с целью экстрагирования провоспалительных медиаторов.

Летальных исходов и осложнений со стороны плевральной полости и сердечно-сосудистой системы не было. Все больные после купирования септического процесса были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Выводы: Развитие гнойного перикардита может осложнять течение тяжелого септического процесса более чем в 3% случаев. Субтотальная резекция перикарда является оптимальным по объему оперативным вмешательством, обеспечивающим адекватность санации и профилактику развития констриктивного сдавливающего перикардита в отдаленном периоде.

УДК 616.33-006.6:616-036.2

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И МОРФОЛОГИЯ РАКА ЖЕЛУДКА

Сальникова Я. В., Лапа А. П.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра патологической анатомии им. проф. П. Г. Подзолкова

Научный руководитель: к.м.н., доц. Федякина С. П.

Актуальность темы: в структуре онкологической заболеваемости и смертности населения России рак желудка занимает второе место после рака легкого. Ежегодно в нашей стране регистрируется 48,8 тыс. новых случаев этого заболевания, что составляет немногим более 11% от всех злокачественных опухолей.

Цель: изучение закономерностей распространения рака желудка в городе Красноярске и Красноярском крае.

Задачи:

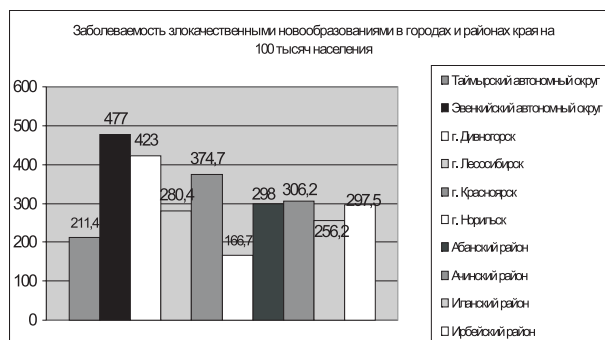
1. Выявить показатель заболеваемости раком желудка с учетом пола за 2007 год.
2. Выявить показатель заболеваемости новообразованиями на территории Красноярского края и города Красноярска за 2007 год.
3. Выявить догодичную летальность по городам и районам Красноярского края за 2007 год.
4. Выявить показатель заболеваемости и смертности по районам в городе Красноярске за 2007 год.
5. Выявить показатели предрака рака желудка по городу и краю за период 2005 – 2007 гг.

Материал и методы исследования: данная работа представляет собой клинико – эпидемиологическое исследование по изучению рака желудка в городе Красноярске и Красноярском крае. Произведен анализ первичного материала из данных отчетной статистики на базе КГБУЗ ККОД (Краевое Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения Красноярский Краевой Онкологический Диспансер). Результаты исследования:

По полученным данным в 2007 году заболеваемость у лиц мужского пола на 4,9% выше, чем у женского.



Самый высокий показатель заболеваемости различными новообразованиями на территории Красноярского края и города Красноярска за 2007 год в Эвенкийском автономном округе (477 на 100 тыс. населения). Затем г. Дивногорск (423,0) и г. Красноярск (374,7).



Высокий процент годичной летальности в Эвенкийском автономном округе (80,6%). На втором месте Абанский район (37,1%), и на третьем г. Лесосибирск (34,7%).

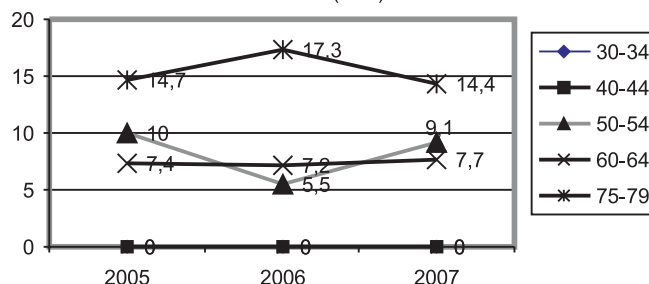


Показатель заболеваемости за 2007 год по районам г. Красноярска превышает 400,0 на 100 тыс. населения в Железнодорожном, Октябрьском и Центральном районах. Зарегистрировано 1 810 случаев смертности от онкологических заболеваний. Высокая смертность Октябрьском и Центральном районах.



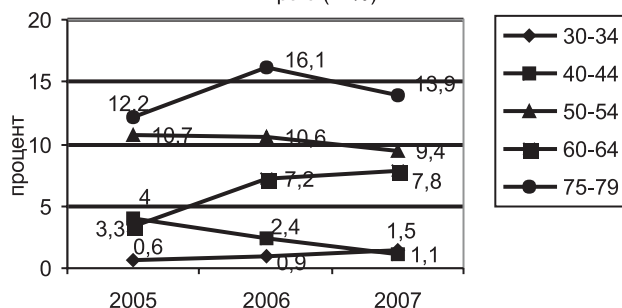
По нашим данным пик заболеваемости раком желудка по городу приходится на 2006 год (17,3%) в возрасте 75 – 79 лет, на втором месте 2005 год – 14,7%, и на третьем 2007 год – 14,4%. И нужно заметить, что за период 2005 – 2006 гг. заболевают люди одной возрастной группы (75 – 79 лет). Низкий показатель за 2006 год – 5,5%. У населения в возрасте 30 – 34 и 40 – 44 лет новообразований не обнаружено.

Заболеваемость злокачественными
новообразованиями среди возрастных групп по городу
(в %)



Высокий показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями по краю приходится на 2006 год – 16,1%, затем 2007 – 13,9% и 2005 – 12,2%. Из предыдущего графика можно заметить, что и по городу, и по краю высокий процент заболеваемости в возрасте 75 – 79 лет. По краю, по сравнению, с городом выявлен не большой процент заболеваемости населения в возрасте 30 – 34 лет: 2005 год – 0,6%, 2006 – 0,9%, 2007 – 1,1%. Так же отмечается заболеваемость населения в возрасте 40 – 44 лет: 2005 год – 3,3%, 2006 – 7,2%, 2007 – 7,8%.

Заболеваемость злокачественными
новообразованиями среди возрастных групп по
краю (в %)

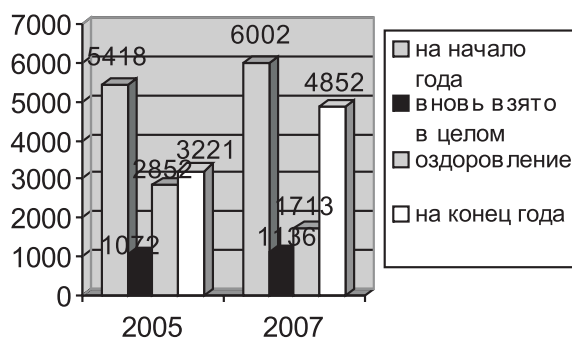


Определенный интерес представляет регистрация предраков рака желудка по городу и районам, и низкий показатель оздоровления населения. Для начала дадим определение предраковым состояниям желудка: язва желудка. Рак оперированного желудка. Причиной его служит хронический, развивающийся вследствие заброса желчи и секрета поджелудочной железы в оставшуюся часть желудка. При этом происходит ошелачивание среды, размножение патогенной микрофлоры, кроме того, желчные кислоты сами по себе обладают канцерогенным действием по отношению к слизистой желудка. Болезнь Менетрие (гипертрофическая гастропатия) — редкое заболевание, характеризующееся образованием дополнительных крупных складок, снижением выработки соляной кислоты, потерей белка из-за нарушения нормальной работы клеток слизистой оболочки желудка.

Полипы желудка.

Высокий показатель предраков рака желудка на начало 2007 года. Оздоровление в 2005 году- 2852 человека, в 2007 - 1713. Данных за 2006 год, к сожалению, не было.

Предраки рака желудка по
городу



По краю предраковых состояний на начало 2005 года – 8762 человека, в 2006 – 6909, в 2007 – 8715. Высокий показатель оздоровления по сравнению с показателями по городу: 2005 год – 4230 человек, 2006 – 3533, 2007 – 2338.

Предраки рака желудка по краю



Выводы:

1. За 2007 год заболеваемости у мужчин на 4,9% превышает заболеваемость у женщин.
2. Самый высокий показатель заболеваемости новообразованиями на территории Красноярского края и города Красноярска за 2007 год в Эвенкийском автономном округе (477 на 100 тыс. населения). Затем в г. Дивногорске (423,0) и г. Красноярске (374,7).
3. Был выявлен высокий процент годичной летальности в Эвенкийском автономном округе (80,6%). На втором месте Абанский район (37,1%), и на третьем г. Лесосибирск (34,7%).
4. Показатель заболеваемости различных новообразований за 2007 год по районам г. Красноярска превышает 400,0 на 100 тыс. населения в Железнодорожном, Октябрьском и Центральном районах. Зарегистрировано 1 810 случаев смертности от онкологических заболеваний. Высокая смертность Октябрьском и Центральном районах.
5. Выявлена тенденция к увеличению регистрации предраковых состояний рака желудка у жителей г. Красноярска. В 2005 году выявлено 5418 заболевших, в 2007 – 6002. Выявлен пик регистрации предраковых состояний по краю на начало 2005 - 2007 гг. В 2006 наблюдается спад заболеваемости предраковыми заболеваниями, что следует связать с высокой профилактической работой среди населения города и края.
6. Выявлены высокие показатели заболеваемости раком желудка по городу: 2006 год (17,3%) в возрасте 75 – 79 лет, на втором месте 2005 год – 14,7%, и на третьем 2007 год – 14,4%. Высокий показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями по краю приходится на 2006 год – 16,1%, затем 2007 – 16,1% и 2005 – 12,2%. По краю, по сравнению, с городом выявлен не большой процент заболеваемости населения в возрасте 30 – 34 лет: 2005 год – 0,6%, 2006 – 0,9%, 2007 – 1,1%. Так же отмечается заболеваемость населения в возрасте 40 – 44 лет: 2005 год – 3,3%, 2006 – 7,2%, 2007 – 7,8%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Петерсон Б. Е. Онкология.-Москва, 1980. С. 258-265
2. Струков А. И., Серов В. В. Патологическая анатомия.- Москва, 1979. С. 156-167
3. Чиссов В. И., Дарьялова. Онкология.-Москва, 2006. С. 320-323
4. Чиссов В. И., Дарьялова. Онкология.-Москва, 2007. С. 356-359

УДК616.921.5-085

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АРБИДОЛА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГРИППОМ

Сапожникова Ю. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО*

Научный руководитель: к.м.н., асс. Кузьмина Т. Ю.

Актуальность. Проблема острых респираторных заболеваний стоит на одном из первых мест по значимости во всем мире. В нашей стране ежегодно заболевают десятки миллионов человек гриппом и другими респираторными вирусными инфекциями, что наносит огромный экономический вред обществу. Проблема значительного социально-экономического ущерба, наносимого всем спектром острых респираторных заболеваний, обусловлена не столько вспышками гриппа, сколько высокой заболеваемостью ОРЗ, поражающей большую часть городского населения в течение всего года.

Цель. Изучить эффективность Арбидола в качестве противовирусного и иммуномодулирующего средства при лечении гриппа, а также для уточнения безопасности и переносимости данного препарата и выяснения возможности побочных эффектов при пероральном способе применения.

Материалы и методы. В исследование включались больные гриппом средне и легкой степени тяжести с неосложненным к моменту назначения терапии Арбидолом течением. Все пациенты имели длительность заболевания не более 3-х суток (72 часа). Возраст исследуемых от 15 до 60 лет. У всех пациентов на момент включения их в исследование были выражены симптомы общей интоксикации (температура тела выше 37 градусов, недомогание, мышечная слабость, различной интенсивности головная боль), симптомы поражения верхних дыхательных путей (насморк, боли и першение в горле, кашель).

Учет основных симптомов производился до начала исследования (1-й день), на 5-й день и по окончании всего курса лечения. Все сведения о больных и получаемых фармакологических эффектах заносились в индивидуальные регистрационные карты.

Учет симптоматики до начала лечения и после лечения оценивался по балльной системе: отсутствие симптоматики – 0 баллов, незначительно выраженные – 1 балл, умеренные – 2 балла, сильные – 3 балла, резко выраженные – 4 балла. Оценивались следующие симптомы: температура тела, симптомы интоксикации, симптомы ринита, боли в горле, кашель.

Переносимость лечения оценивалась по субъективным жалобам больного, наличию различных проявлений побочного действия препарата, прерывания лечения вследствие индивидуальной непереносимости и отказа пациента. Больным проводились общеклинические, серологические, вирусологические исследования

Результаты. В исследовании участвовало 58 пациентов. По полу больные распределились следующим образом: женщины – 24 человека, мужчины – 34 человека.

По возрасту :15-20 лет – 13 человек, 21-30 лет – 19 , 31-45 лет – 17 человек, старше 45 лет - 9 человек.

Из приведенных данных видно, что острые респираторные заболевания распространены практически одинаково во всех возрастных группах.

По этиологии структура острых респираторных заболеваний распределилась следующим образом: . В 46,5% случаев идентифицирован вирус гриппа типа А (H3N2; H2N2; H1N1; HswN1), в 18,9% случаев вирус гриппа типа В, в остальных – диагноз поставлен клинико – эпидемиологически. Оценка распределения заболевания по этиологии проводилась по результатам мазков из носоглотки иммунофлуоресцирующим методом, также по результатам изменения титров в РТГА парных сывороток.

Арбидол - этиотропный противовирусный препарат для лечения и профилактики гриппа и ОРВИ. Прием Арбидола приводит к более легкому течению заболевания, быстрому выздоровлению и уменьшению числа вторичных осложнений. Препарат предупреждает развитие постгриппозных осложнений, снижает частоту обострения хронических заболеваний, нормализует иммунологические показатели. Арбидол применяется перорально. Форма выпуска – удобные для применения таблетки (50 мг) и капсулы (100 мг). Арбидол обладает системным действием, быстро одсорбируется и распределяется по органам и тканям. Максимальная концентрация в плазме крови при приеме в дозе 100 мг достигается через 1,5 часа. Метаболизируется в печени. Период полураспада равен 17-21 часам. Биодоступность препарата – около 40% и не зависит от приема пищи.

Проведенное исследование показало, что распределение больных по выраженности симптоматики, учитывая оценку в баллах, выразилось следующим образом (табл. №1, №2, №3, №4, №5):

Таблица 1

Показатели температуры у больных гриппом на фоне лечения арбидолом

	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
1-й день		16	17	17	8
5-й день	52	6			
7-й день	58				

Таблица 2

Выраженность интоксикации у больных гриппом на фоне лечения арбидолом

	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
1-й день		1	22	18	17
5-й день	19	37	2		
7-й день	58				

Таблица 3

Выраженность ринита у больных гриппом на фоне лечения арбидолом

	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
1-й день	10	23	19	4	2
5-й день	38	20			
7-й день	58				

Таблица 4

Выраженность болевого синдрома у больных гриппом на фоне лечения арбидолом

	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
1-й день	3	39	13	2	1
5-й день	52	6			
7-й день	58				

Таблица 5

Продолжительность кашля на фоне лечения арбидолом

	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
1-й день	10	35	9	4	
5-й день	37	19	2		
7-й день	56	2			

Оценивая данные таблиц: у большинства участвующих в исследовании пациентов определялась клиника типичного гриппа: с явлениями выраженной интоксикации (головная боль, недомогание, выраженная слабость, ломота в мышцах и суставах), высокой температурой, с незначительными проявлениями ринита, болей в горле и кашля. Все эти проявления наблюдались в первый день поступления больных. На фоне лечения уже на пятые сутки практически у всех больных отмечалась нормальная температура, значительно снижались симптомы интоксикации, уменьшались и в большинстве случаев исчезали боли в горле, насморк и кашель.

Осложнения, отмеченные у пациентов в данном исследовании, распределились следующим образом: обострение хронического катарального гайморита – 7 случаев, гнойный гайморит – 1 случай, обострение хронического бронхита – 3 случая, острый бронхит – 3 случая, обострение хронического пиелонефрита – 1 случае, всего – 15 случаев.

Необходимо отметить, что из 15 осложнений, 11 возникли на фоне имеющихся хронических очагов инфекции (18,97%), и только 4 случая были острыми (6,9%).

Во всех случаях осложнений отмечалось позднее обращение больного за медицинской помощью, все пациенты с обострением хронического бронхита старше 54 лет.

При наличии осложнений всем пациентам назначались соответствующие препараты – антибиотики, отхаркивающие, физиолечение.

Побочные действия Арбидола отмечались в 3 случаях: токсико-аллергическая реакция в виде крапивницы – 2 случая (1 случай на 4-е сутки приема препарата, 2-й на 2-е сутки приема препарата), диспепсические явления – 1 случай (на 5-е сутки приема препарата). Все указанные явления прошли сразу же после отмены препарата.

Эффективность Арбидола оценивалась как самим пациентом, так и лечащим врачом по следующим критериям: переносимость препарата, его побочное действие в каждом конкретном случае, эффект от лечения. (табл. №6)

Таблица 6

Оценка переносимости арбидола у больных гриппом

	Очень хорошая	Хорошая	Удовлетворительная	Неудовлетворительная
Оценка пациентом	31	19	6	2
Оценка врачом	39	16	1	2

Выводы. На основании проведенного исследования: этиология острых респираторных заболеваний в большинстве случаев представлена гриппом А и В, применение Арбидола эффективно купирует основные симптомы заболевания, значительно уменьшает длительность синдрома общей интоксикации, снижает частоту осложнений, что позволяет отнести Арбидол к препаратам первой линии защиты против гриппозной инфекции, Арбидол удобен в применении, применение Арбидола характеризовалось хорошей переносимостью, в подавляющем большинстве случаев Арбидол характеризовался врачом и пациентом положительно.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Грипп и другие респираторные вирусные инфекции: эпидемиология, профилактика, диагностика и терапия / Под ред. О. И. Киселева, И. Г. Маринича, А. А. Сомининой – СПб., 2003 – 245с.
2. Ленева И. А., Фадеева Н. И., Федякина И. Т. и др. Применение иммуноферментной индикации вирусоспецифических антигенов в изучении нового противогриппозного препарата Арбидол// Химико-фармацевтический журнал. – 1994. - №9. – с. 4-8.
3. Ленева И. А., Федякина И. Т., Гуськова Т. А. и др. Чувствительность различных штаммов вируса гриппа к Арбидолу. Изучение эффекта Арбидола на репродукцию вируса гриппа А в комбинации с различными противовирусными препаратами// Терапевтический архив. – 2005. – №8. – с. 84-88.
4. Селькова Е. П., Семенов Т. А., Готвянская Т. П. и др. Профилактическая и лечебная Эффективность Арбидола// Эпидемиология и вакцинация. – 2005. - №4. – с. 17-24.
5. Шумилов В. И., Шустер А. М. и др. Эффективность Арбидола при профилактике и лечении острых респираторных инфекций//Военно-медицинский журнал. – 2002. – т. 9. – с. 51-53.

УДК 616.61-089:616.617-089

СПОСОБ ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА К ПОЧКЕ И ВЕРХНЕМУ ОТДЕЛУ МОЧЕТОЧНИКА

Саракуло В. М., Усольцев Д. М., Кривопапов В. А.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

НИИ Медицинских проблем Севера СО РАМН

Научные руководители: д.м.н., проф. Залевский А. А., д.м.н., проф. Горбунов Н. С.

Актуальность: В настоящее время при урологических операциях для доступа к почке и верхнему отделу мочеточника используют множество доступов (по Фёдорову, по Бергману, по Симону (Simon), по Кёнигу, по Пеану, по Изразлиу, по Нагамацу).[1] Существующие оперативные доступы к почке сопряжены с поперечным рассечением крупных мышечных массивов поясничной области, нередко с повреждением XI-XII межрёберных, поясничного пояснично-подвздошного нервов, релаксаций мышц и образованием поясничной грыжи. Чаще эти осложнения случаются после повторных операций у больных с рецидивной формой мочекаменной болезни, когда оперативный доступ выполняется с иссечением старых рубцовых образований.

Задача изобретения:

Уменьшить уровень операционной травмы, при выполнении оперативного доступа к почке.

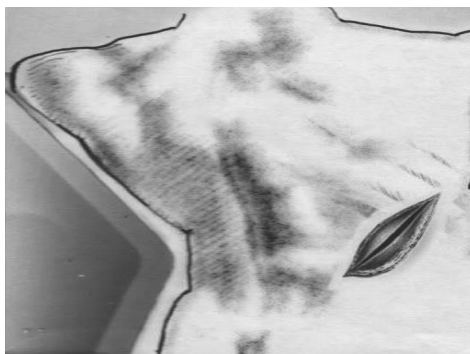


Рис. 1. – Схематическое изображение проекции разреза кожи

Доступ выполняют следующим образом: На операционном столе больной лежит на здоровом боку с валиком под поясницей. Линейным разрезом над серединой части XII ребра, находящейся кнаружи от разгибателя спины, на длину 15-20 см рассекают кожу, подкожно-жировой слой, поверхностную фасцию, широкую мышцу спины продольно её волокон (рис.1,2).



Рис. 2. – Вид операционной раны. Кожа и подкожно-жировой слой рассечены, разведены. Обнажена поверхностная фасция

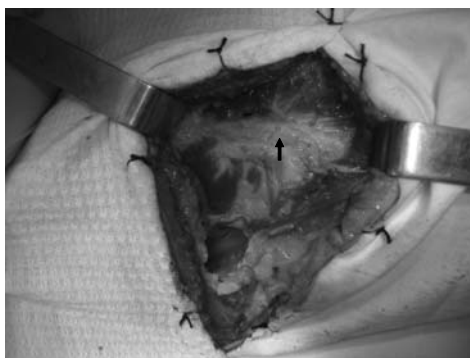


Рис. 3. – Вид операционной раны. Мышцы разведены, обнажено XII ребро (указано стрелкой)

Края раны разводят и обнажают поверхности XI, XII рёбер и мышцы 2-го слоя поясничной области. XII ребро от конца до задненижней зубчатой мышцы разрезают по продольной оси (Рис.3, Рис.4).

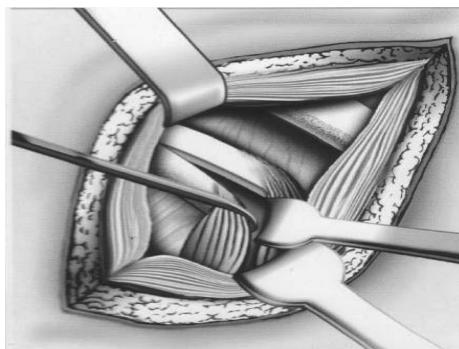


Рис. 4. – Схематическое изображение операционной раны после рассечения XII ребра

Фрагменты ребра разводят в стороны вместе с мышцами и фасциями, фиксированными к ним. При этом открывается забрюшинная клетчатка, её отслаивают от почки и выполняют нефролитотомию, пиелолитотомию или нефрэктомию [2,3] (Рис.5).



Рис. 5. – Почка выведена в рану. Стрелкой указаны сосуды почки, мочеточник на держалке

Фрагменты XII ребра идеально сопоставляют между собой и сшивают строго по их краям, чем исключают захват иглой межрёберных и поясничного нервов, сохраняют естественные места фиксации мышц к XII ребру (Рис6).

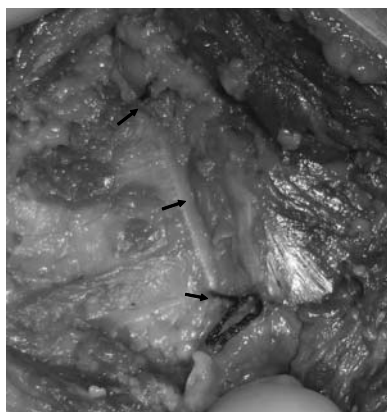


Рис. 6. – XII ребро сопоставлено, укреплено швами (указаны стрелками)

Края широкой мышцы спины, фасций и кожи сшивают отдельными швами.

Вывод: Таким образом, предлагаемый способ оперативного доступа к почке и верхнему отделу мочеточника при мочекаменной болезни исключает поперечное рассечение мышц поясничной области, случайное повреждение XI и XII межрёберных, поясничного и пояснично-подвздошного нервов, что снижает уровень операционной травмы и послеоперационных осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гайворонский И.В. Нормальная анатомия человека. Т.1.: Учебник для мед. вузов. 3-е изд., испр./ И.В. Гайворонский. – СПб.: СпецЛит, 2003, - С. 451-459.
2. Кованов В.В. Оперативная хирургия и топографическая анатомия / В.В. Кованов, Т.И. Аникина – Москва, 1985. – С. 332-334.
3. Лопаткин В.Н. Урология / В.Н. Лопаткин, В.Г.Горюнов – Медицина, 1995. – С. 319-322.

УДК 616-001.37:616.329-007.271

РУБЦОВЫЕ СТЕНОЗЫ ПИЩЕВОДА ПОСЛЕ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ

Сарматова А. А., Ванюхин В. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра детской хирургии*

Научные руководители: к.м.н. Сермягин В. А., к.м.н. Дударев В. А.

До настоящего времени число тяжелых химических ожогов пищевода у детей и , как следствие этого, формирование рубцовых стенозов верхних отделов желудочно-кишечного тракта остаются на высоких цифрах. Стенозирование составляет от 6-8% до 36% от общего числа пролеченных больных [5]. Наиболее часто стриктуры пищевода развиваются в результате случайного или умышленного приема «агрессивных» прижигающих растворов [1].

Ведущая роль в диагностике стенозов пищевода принадлежит двум методам исследования – рентгенологическому и эндоскопическому [2,4,7]. В зависимости от степени дисфагии рентгенологическое исследование пищевода выполняется с использованием бариевой взвеси или контрастного вещества. Применение водорастворимого контраста особенно целесообразно у больных, имеющих послеожоговые изменения глотки и входа в пищевод, так как из-за нарушения акта глотания контрастное вещество часто попадает в дыхательные пути [5]. Эндоскопическое исследование имеет большое значение в диагностике рубцовых стенозов пищевода [6,8].

Незлокачественные стенозы пищевода в зависимости от их вида лечатся или бужированием или баллонными дилатациями. При отсутствии эффекта применяют хирургические методы. Для этого разработаны различные способы эндоскопических вмешательств [10]. Радикальная хирургия сопровождается осложнениями и высокой смертностью [9,11,12]. О.В. Бычковой, И.И. Лазюк (2008) было предложено использовать в качестве лечения протяженных рубцовых стенозов у детей биодegradабельные стенты из polydioxanone не требующие извлечения [3].

За 6 лет в отделении детской торакальной хирургии МУЗ ККБ № 20 им. И.С. Берзона пролечено 448 ребенка с химическими ожогами и послеожоговыми рубцовыми стенозами пищевода с учетом повторных госпитализаций в течение года. В этот период поступило 99 детей с впервые выявленным химическим ожогом пищевода.

По возрасту, дети распределились следующим образом до 1 года – 1 ребенок (1%), от 1 года до 3-х лет - 61 ребенка (61,6%) от 3 до 5 лет – 15 (15,2%), старше 5 лет – 22 детей (22,2%). Наблюдается следующее соотношение по полу. Количество мальчиков – 68 (68,7%) в 2,2 раза превышало количество девочек (31-31,3%). Что соответствует литературным данным.

Городских жителей среди них было – 39 (39,4%), сельских – 60 (60,6%).

В результате проведенной работы можно сделать следующие выводы:

1. Количество детей с химическим ожогом пищевода остается на высоких цифрах. Для сельской местности это 60,6% от всех поступивших.
2. Мальчики (68,7%) с химическими ожогами пищевода поступают в отделение в 2,2 раза чаще, чем девочки (39,4%).
3. Больные в возрасте до 5 лет составляют большинство – 77,8%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. Том 1. – Изд. 1-е на рус.яз. – СПб., 1996.
2. Борисова А.Е. Видеоэндоскопическое вмешательство на органах живота, груди и забрюшинного пространства. – СПб., 2002.
3. Бычкова О.В., Лазюк И.И., Воленик К., Данис Я. Первый опыт применения нового метода лечения протяженных рубцовых стенозов пищевода у детей // медицинские новости. - 2008. - №4. – С. 66-68.
4. Галингер Ю.И., Годжелло Э.А. Оперативная эндоскопия пищевода. – М., 1999.
5. Дронов А.Ф., Поддубный И.В. Эндоскопическая хирургия у детей. – М., 2002.
6. Скорцов М.Б., Шуликовский В.П. Эндоскопия в оценке перспективности и повышения безопасности бужирования стриктур пищевода // Второй Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии: Сборник тезисов под ред. Проф. Галлингера Ю.И. - М., 1997. – С.330-331.
7. Тимошенко В.А., Хаспеков Д.В. Эндоскопия в обследовании и лечении детей со стенозами пищевода // Третий Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии: Сборник тезисов под ред. Проф. Галлингера Ю.И. - М., 1999. – С.293-295.
8. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Муканбеткалиев А.Г. Результаты консервативного лечения коротких ожоговых стриктур пищевода // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 1991. - №10. – С.49-52.
9. Beggs F.D., Salama F.D., Knaules K.R. // J. Royal Coll. Surg. Edinb. -1995/-Vol. 40, N5. – P. 305-307.
10. Mamazza J., Schlachta C.M., Poulin E.C. //Gastrointest. Endosc.Clin. North. Amer. – 1998. – Vol. 8, N2. – P. 128-133.
11. Renzulli P., Joeris A., Strobel O. et al. // Langenbecks Arch. Surg. – 2004. – Vol. 389, N 2. – P. 218-133.
12. Yaratbali O., Osmanodlu H., Kaplan H. Et al. // Hepatogastroenterology. -1998. – Vol. 45, N 19. – P. 59-64.

УДК 616-057.52:612.013(73)

СЫТАЯ ЖИЗНЬ АМЕРИКАНЦЕВ С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ

Сафронова А. А., Корнеев Т. И.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра латинского и иностранных языков*

Научный руководитель: к.д.н. Гаврилюк О. А.

Нынешняя система питания американцев постепенно распространяется во всем мире. Эксперты Institute of Food Technologists объясняют этот процесс изменением образа жизни людей, процессами глобализации и урбанизации.

В США ожирение признано проблемой национальной. Согласно официальным данным, избыточный вес на сегодняшний день имеют 61% взрослых и 13% маленьких американцев. При этом число полных людей неуклонно растет. В настоящее время от заболеваний, вызванных полнотой или связанных с нею, ежегодно умирают около 400 тыс. граждан США. Кроме того, в США самый высокий среди всех экономически развитых стран процент подростков с избыточным весом. Среди 15-летних американцев 15% юношей и 14% девушек страдают ожирением, 31% девушек и 28% юношей имеют избыточный вес. По всей Америке насчитывается 54 миллиона взрослых, страдающих ожирением. В эту категорию входят те, чей вес минимум на 13 килограммов превышает норму, основанную на росте. Медицинские эксперты пришли к выводу, что 53,9% военного персонала армии США в возрасте старше 20 лет и 20% более молодых военнослужащих не соответствуют федеральным стандартам полноты, что может серьезно повлиять на боеготовность страны.

Как полагают медики, именно ожирение служит причиной распространенных в США тяжелых хронических заболеваний: диабета и атеросклероза. Также избыточный вес связывается исследователями с некоторыми видами рака. Болезни, вызванные избыточным весом, стали второй причиной смертности после курения, унося ежегодно 400 тыс. жизней (подобные заболевания обходятся казне страны в \$120 млрд в год).

Из-за ожирения пассажиров американские авиакомпании потеряли \$275 млн на топливе. Это оборачивается не только убытками для авиалиний, но и ущербом для окружающей среды. Среди причин, способствующих раннему ожирению подростков в США, выделяются их пристрастие к фаст-фуду, сладкой пище, малоподвижный образ жизни, а также наличие личного автотранспорта. К сожалению, сегодня приходится констатировать пристрастие и российской молодежи к все возможному фаст-фуду, который активно заполняет нашу страну, и нежелание молодого поколения вести активный образ жизни. Из этого следует, что в скором времени мы можем столкнуться с такими же проблемами, как и американцы.

Замечено, что склонность к ожирению зависит от финансового благополучия: чем выше доходы, тем больше люди стремятся достичь модной стройности, что должно еще больше заставить задуматься жителей нашей страны, ведь финансовое благополучие в наши дни для большинства студентов недостижимо. Согласно нашему социологическому исследованию у каждого 2-го из 100 студентов КрасГМУ имеются родственники или знакомые, страдающие ожирением, много среди наших студентов и тех, кто сам имеет лишний вес.

Основываясь на данных, представленных выше, и учитывая специфику профессии врача, чрезвычайно важным является проведение пропаганды здорового питания и активного образа жизни среди студенческой молодежи нашего вуза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ogden CL, Carroll MD, McDowell MA, Flegal KM. Obesity among adults in the United States – no change since 2003—2004. NCHS data brief no 1. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2007.
2. Ogden CL, Carroll MD, Flegal KM. High Body Mass Index for Age Among US Children and Adolescents, 2003—2006. JAMA. 2008; 299(20):2401—2405.
3. U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010. 2nd ed. With Understanding and Improving Health and Objectives for Improving Health. 2 vols. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, November 2000.

УДК 611.08

АНТИОКСИДАНТНАЯ АКТИВНОСТЬ ПЛОДОВЫХ ЭКСТРАКТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УСЛОВИЙ ИХ ПОЛУЧЕНИЯ

Сахнова Е. В.

*Красноярский государственный педагогический университет им. В. П. Астафьева
Кафедра химии*

Научный руководитель: д.б.н., проф. Лесовская М. И.

Разнообразие садовых плодово-ягодных культур, выращиваемых в Сибири, создаётся за счёт традиционных дикоросов (калина, боярышник) и видов, интродуцированных с Дальнего Востока (арония), Северного Кавказа (рябина невежинская) и Средней Азии (барбарис). Плоды этих растений представляют собой бесценный природный источник вкусных, питательных и целебных соединений. Плодовые экстракты издавна используются в традиционной и народной медицине, в последние десятилетия востребованы в высокотехнологичной индустрии биологически активных добавок к пище [2]. Широкое применение коммерческих препаратов ограничено их высокой стоимостью, а доступность природного сырья создаёт условия для изготовления подделок или некачественных домашних снадобий, лечебно-профилактический эффект которых сомнителен. В то же время научная база для получения препаратов с гарантированными свойствами в настоящее время отсутствует. В частности, большинство рекомендаций по использованию фитоэкстрактов основано на их антиоксидантной активности, результаты исследования которой в литературе представлены недостаточно. Данные разрозненны и противоречивы, получены в условиях экспериментальных моделей, плохо согласующихся между собой. Поэтому проблема исследования антиоксидантного потенциала плодовых экстрактов в условиях единой экспериментальной модели, хорошо экстраполируемой на уровень *in vivo*, является практически значимой и актуальной.

Целью настоящей работы было изучение антиоксидантной (АО) активности водных экстрактов плодов калины, рябины невежинской, боярышника, аронии и барбариса в зависимости от условий экстракции, а также в связи с показателями суммы восстановителей и окислителей.

В работе использован ингибиторный анализ с использованием Фентон-модели, основанной на реакции свободно-радикального распада пероксида водорода, индуцированного ионами железа (II). Уровень продукции свободных радикалов (СР) оценивали методом люминол-зависимого хемилюминесцентного анализа с использованием прибора «Биохемилюминметр 3606 М» (ИБФ СО РАН, г. Красноярск). Сырьём для получения экстрактов служили сухие плоды, полученные в сентябре–октябре 2008 года на садовом участке в Емельяновском районе Красноярского края. В работе использовали 0,1%; 1% и 10%-ные водные экстракты, полученные при комнатной температуре или при нагревании в термостате при 40°C. Время экспозиции составляло 1 ч. или 24 ч. Показателем антиоксидантной активности служила интенсивность тушения хемилюминесценции под влиянием тестируемых препаратов, выраженная в процентах относительно контроля. Определение суммы окислителей и восстановителей проводили с использованием йодометрического и перманганатометрического титрования [5].

Судя по полученным результатам, антиоксидантная активность (АОА) напрямую зависит от концентрации. Наименьшая степень тушения ХЛ установлена у 0,1%-ных препаратов (30 – 40% от контроля), наибольшая (97 – 99% от контроля) – у 10%-ных экстрактов (рис. 1).

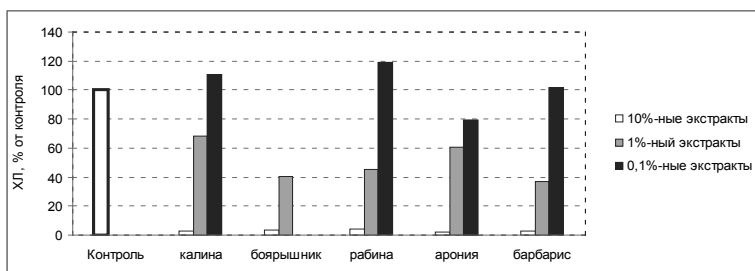


Рис. 1. – Тушение хемилюминесценции под влиянием водных плодовых экстрактов различной концентрации суточной экспозиции при комнатной температуре (25°C)

При сокращении времени экспозиции АО-эффект ослабевал. Так, препараты часовой экспозиции обладали менее выраженной активностью по сравнению с суточными. Снижение ХЛ в этом случае не превышало 70% от контроля (рис. 2). При этом наблюдались неустойчивые эффекты экстрактов калины и боярышника, которые проявляли как антиоксидантное, так и прооксидантное действие.

Температура экстракции по-разному влияла на АО-свойства препаратов в зависимости от их концентрации. Температурный режим не оказал значимого влияния на активность препаратов крайних концентраций (0,1% и 10%). Напротив, часовые 1%-ные экстракты, полученные при комнатной температуре, достоверно обладали более высокой АО-активностью, чем экстрагированные при 40°C (рис. 3).

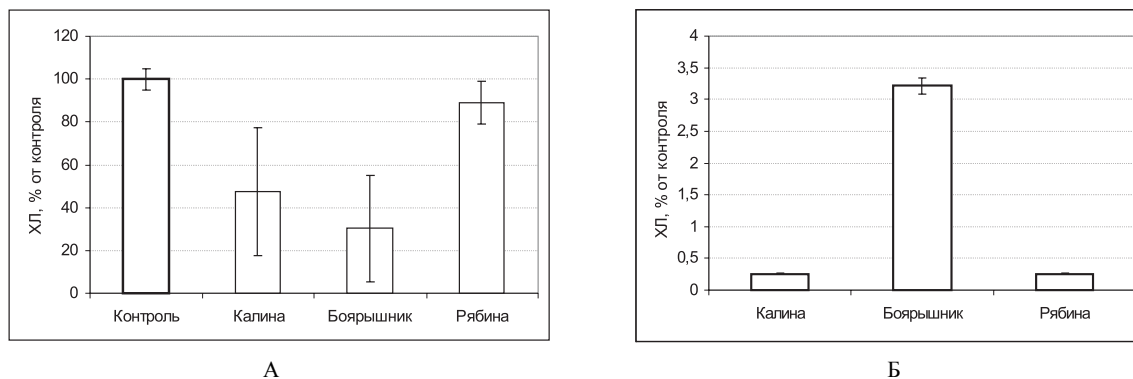


Рис. 2. – Тушение хемилюминесценции под влиянием 10%-ных водных плодовых экстрактов часовой (А) и суточной (Б) экспозиции при комнатной температуре (25оС)

По-видимому, даже кратковременное термическое воздействие вызывает разрушение АО компонентов в 1%-ном экстракте; при большей концентрации (10%) могут возникать явления коллоидной защиты, а при меньшей концентрации – эффекты разбавления [4].

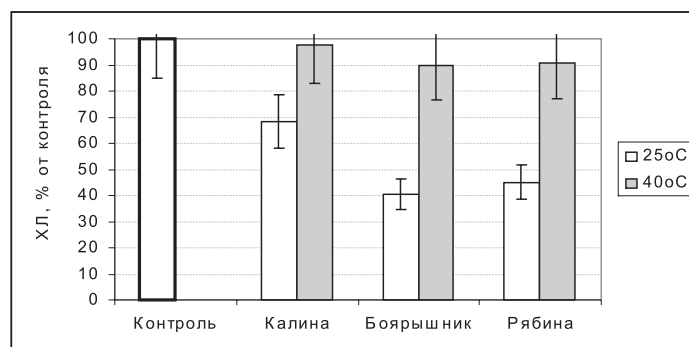


Рис. 3. – Интенсивность тушения ХЛ под влиянием 1%-ных водных экстрактов часовой экспозиции, полученных при различной температуре

Таким образом, исследованы условия проявления максимальной АО-активности у ряда плодовых водных экстрактов. Из данных литературы известно, что антиоксиданты в высокой концентрации могут не только снижать активность СР-реакций, но и повышать её [1, 3]. Для ответа на вопрос о причинах неустойчивости АО-эффектов некоторых из исследованных объектов было необходимо количественно определить суммарное содержание в экстрактах химических компонентов, потенциально обладающих антиоксидантной либо прооксидантной способностью. На рис. 4 и 5 показаны результаты определения суммы окислителей и восстановителей в исследуемых объектах.

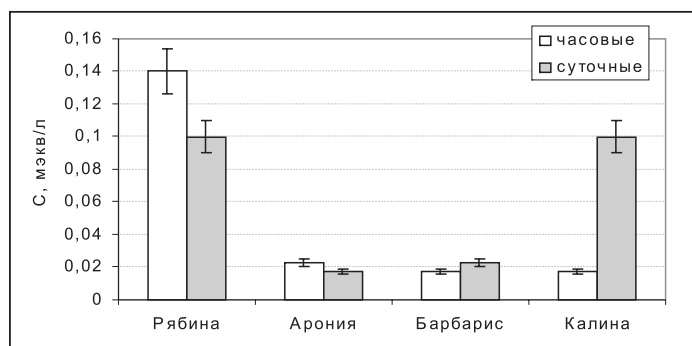


Рис. 4. – Сумма окислителей в водных плодовых экстрактах различной экспозиции

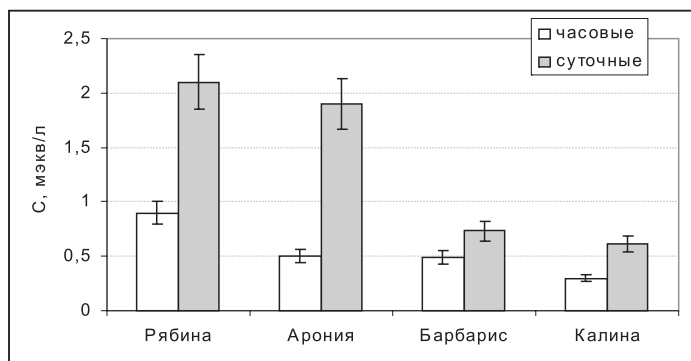


Рис. 5. – Сумма восстановителей в водных плодовых экстрактах различной экспозиции

При получении суточных экстрактов плодов рябины концентрация окислителей снижается на 29%, а концентрация восстановителей возрастает в 2,33 раза. Это означает, что данный субстрат способен проявлять устойчивый АО-эффект, что и подтвердил хемилюминесцентный анализ (рис. 6).

Экстракты калины, в отличие от рябины, не обладали высокой устойчивостью и проявляли как антиоксидантные, так и прооксидантные свойства (рис. 6). Это можно объяснить тем, что при увеличении времени экстракции данного субстрата скорость накопления окислителей (рис. 4) не менее чем в 2 раза опережала таковую для восстановителей (рис. 5). Напротив, экстракты барбариса и аронии обладали устойчивыми АО-свойствами (рис. 6), что хорошо согласуется с результатами химического анализа (рис. 4, 5). Действительно, независимо от длительности экстракции в составе препаратов уровень окислителей оставался практически неизменным, тогда как содержание восстановителей значимо возрастало (у аронии – в 4 раза, у барбариса – в 1,5 раза).

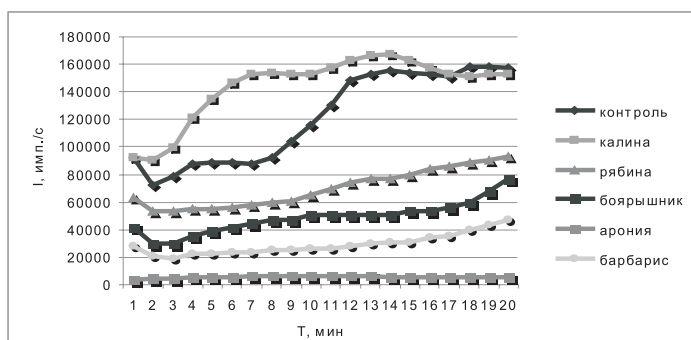


Рис. 6. – Тушение хемилюминесценции под влиянием 10%-ных плодовых экстрактов

Выводы

1. Для получения экстрактов рябины, калины, боярышника, барбариса и аронии с выраженной АО-активностью длительность экспозиции при комнатной температуре должна быть не менее 24 ч.
2. Повышение температуры экстракции до 40°C увеличивает антиоксидантную способность только у 1%-ных, но не у 0,1% или 10%-ных экстрактов.
3. Экстракты калины, изготовленные в домашних условиях, могут не давать лечебно-профилактического эффекта, поскольку редокс-активность этих препаратов широко варьирует. Проявление у экстрактов калины как антиоксидантных, так и прооксидантных свойств скорее всего связано с тем, что накопление суммы окислителей в экстрактах значительно опережает накопление суммы восстановителей.
4. Устойчивые АО-эффекты экстрактов рябины, барбариса и аронии, по-видимому, связаны с доминирующим накоплением суммы восстановителей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамова Ж.И., Оксенгендлер Г.И. Человек и противоокислительные вещества. – Л.: Наука, 1985. – 230 с.
2. Большакова И.В., Лозовская Е.Л., Сапежинский И.И. Антиоксидантные свойства группы экстрактов лекарственных растений // Биофизика. – 1998. – Т. 43. – №2. – С. 186 – 188.
3. Владимиров Ю.А. Свободные радикалы в биологических системах // Соросовский образовательный журнал. – 2000. – №10. – С. 33 – 39.
4. Кесслер Ю.М., Зайцев А.Л. Сольвофобные эффекты. Теория, эксперимент, практика. – Л.: Химия, 1989. – 312 с.
5. Пустовалова Л.М. Практикум по биохимии. – Новосибирск: 1999. – 541 с.

ОСОБО ОПАСНЫЕ ИНФЕКЦИИ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ: СИБИРСКАЯ ЯЗВА

Сверкунова О. П.

Бурятский государственный университет

Кафедра госпитальной хирургии

Научные руководители: к.м.н. Тимкин В. А., к.м.н. Бальхаев М. И.

Сибирская язва (anthrax, pustula maligna) является острым инфекционным заболеванием группы зоонозов.

Эпидемиологическая ситуация по сибирской язве остается актуальной в связи с существованием естественных резервуаров сибиреязвенного микроба, какими являются скотомогильники, больные животные, зараженные мясопродукты.

Цель работы: провести анализ неблагополучной эпидемиологической ситуации в Баргузинском районе Республики Бурятия, связанной с регистрацией групповой заболеваемости сибирской язвой среди жителей заимки «Асули» Баянгольского поселения, возникшей 24.06.2008 г.

Ежегодно в мире регистрируется от 2 000 до 20 000 случаев заболеваний сибирской язвой [1].

За 13-летний период в среднем по России регистрировалось 33,7 случаев заболевания Сибирской язвой. Необходимо отметить неравномерность территориального распределения заболевших в районах России.

Максимальное число заболеваний выявлено в традиционно неблагополучном Северо-Кавказском районе - 14 случаев (в 1995 г. было 26 случаев).

В остальных районах зарегистрировано всего 28 случаев заболеваний, а именно: в Центрально-Черноземном - 13, Восточно-Сибирском - 8, Западно-Сибирском - 6, Уральском - 1.

Этиология

Возбудитель сибирской язвы - *Bacillus anthracis* - принадлежит к семейству *Bacillaceae* и представляет собой аэробную грамположительную палочку длиной 6-10 мкм и шириной 1-2 мкм, неподвижную, образующую споры и капсулу. Образование капсулы кодируется плазмидой 60 kDa.

B. anthracis хорошо растет на простых питательных средах и кровяном агаре, не требует использования специальных культуральных методик и образует характерные колонии в виде «головы медузы». На агаре Мак-Конки и других селективных питательных средах, содержащих соли желчных кислот, микроорганизм не растет. Культуры возбудителя не обладают гемолитическими свойствами.

Эпидемиология

Основным резервуаром возбудителя сибирской язвы является почва. Споры *B. anthracis* могут годами персистировать в ней, сохраняя жизнеспособность и патогенные свойства. В течение этого времени они представляют собой потенциальный источник инфекции для крупного рогатого скота, но, в то же время, для человека не представляют непосредственного риска развития заболевания.

Источником инфекции чаще всего являются домашние животные - крупный рогатый скот, овцы, козы, верблюды, свиньи. Человек может заразиться при уходе за инфицированными животными, забое скота, обработке мяса и при контакте с контаминированными продуктами животноводства (шкура, кожа, меховые изделия, шерсть, щетина). Заражение носит преимущественно профессиональный характер.

Механизмы передачи: аэрогенный, контактный и алиментарный.

Патогенез

Через несколько часов после инфицирования начинаются прорастание спор в вегетативные формы и размножение возбудителя в области входных ворот. Лимфогенным путем возбудитель достигает регионарных лимфатических узлов. В них также микроорганизм размножается и продуцирует летальный и отечный токсины, вызывающие соответственно местный некроз и распространенный отек тканей, являющиеся основными характеристиками кожной формы болезни. По мере размножения возбудителя в лимфатических узлах нарастает токсемия, а в ряде случаев развивается бактериемия, сопровождающаяся гематогенным его распространением в различные органы и системы [2].

Клиника

Продолжительность инкубационного периода от нескольких часов до 12 дней, в среднем 2—3 дня. Различают две формы: кожную и септическую.

Преобладающей разновидностью кожной формы является карбункулезная, эдематозная, буллезная и рожистоподобная разновидности встречаются очень редко.

Клиническая картина септической формы сибирской язвы. Многообразна и зависит от преимущественного поражения тех или иных органов. Преимущественно ингаляционная и гастроинтестинальная.

Дифференциальный диагноз кожной формы сибирской язвы

- фурункул и карбункул банальной этиологии
- рожа
- болезнь «Кошачьей царапины»
- укус насекомых (воспаление)
- сепс
- туляремия (язвенно-железистой формой) - кожная и легочная формы чумы
- пневмония и бронхопневмония любой этиологии

В обычных условиях у 95-97% больных заболевание протекает в виде локализованной (кожной) формы, характеризуется острым началом, появлением на коже красного пятна, которое превращается в пустулу и язву, покрытую темной коркой. Характерны безболезненный резкий отек и гиперемия мягких тканей вокруг язвы и регионарный лимфаденит. К концу первых суток появляется лихорадка до 39-40°C, сохраняется 5-7 дней; отторжение струпа заканчивается к 4-й неделе. В 1-3% случаев при кожной форме сибирской язвы также возможна генерализация процесса с развитием сибиреязвенного сепсиса с бактериемией, возникновением вторичных очагов (менингит, поражение печени, почек, селезенки и другие). При кожной форме летальность обычно не превышает 2-3%, при генерализации процесса может достигать 100%, причем больные обычно погибают через 2-3 дня при явлениях инфекционно-токсического шока [3, 4, 5].

Неблагополучная эпидемиологическая ситуация в Баргузинском районе, связанная с регистрацией групповой заболеваемости сибирской язвой среди жителей займки «Асули» Баянгольского поселения возникла 24.06.2008 г. в связи с вынужденным забоем крупнорогатого скота.

Начиная с 29.06.2008г. инфекционное отделение МУЗ «Баргузинской ЦРБ» начали поступать больные с подозрением на заболевание сибирской язвой.

Было выявлено 247 контактных лиц, все найдены, осмотрены, назначено профилактическое лечение, за всеми было установлено наблюдение.

По факту оказания медицинской помощи пострадавшим в Баргузинском районе – лечение и профилактика соответствуют стандартам лечения Министерства здравоохранения и социального развития РФ.

На госпитализации находились 8 человек с диагнозом «сибирская язва» (кожная форма различной степени тяжести, в т. ч. генерализованная, первично-септическая и желудочно-кишечная форма) и 5 – на обследовании в обсервационном отделении.

31.07.08 г. режим ЧС в Баргузинском районе снят.

На 8.08.08 - контактных осталось 11 человек (ветеринары и ликвидаторы) – наблюдение до 14.08.08 г., все больные выписаны с выздоровлением.

Выводы:

1. Своевременное обращение пострадавших в инфекционное отделение МУЗ «Баргузинской ЦРБ», при первых клинических проявлениях позволило вовремя установить диагноз «сибирская язва».
2. Оперативное реагирование службы медицины катастроф смогло быстро локализовать очаг особо опасной инфекции.
3. Адекватное лечение привело к восстановлению здоровья больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Harrison L.H., Ezzell J.W. Evaluation of serologic tests for diagnosis of anthrax after an outbreak of cutaneous anthrax in Paraguay. J Infect Dis 1989; 160:706-10.
2. Hanna P. How anthrax kills. Science 1998; 280:1671-3.
3. Беляков В.Д., Яфаев Р.Х. Эпидемиология. - М.: Медицина, 1989. - С.340-343.
4. Руководство по эпидемиологии инфекционных болезней/Под ред. В.И.Покровского - Том 2. - Медицина: Москва, 1993. - С.416-432.
5. Сибирская язва // Сборник организационно-методических материалов / Под ред. Б.Н. Пастухова. - Государственное издательство медицинской литературы Медгиз: Москва, 1962, - 148 с.

УДК 616.311.2-002:615.847.8

ПРИМЕНЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА

Светлакова Е. Н.

*Уральская государственная медицинская академия
Кафедра пропедевтики и физиотерапии стоматологических заболеваний
Научный руководитель: к.м.н., доц. Жегалина Н. М.*

Совершенствование методов лечения заболеваний пародонта остается актуальной проблемой современной стоматологии [2,4]. Среди множества лечебно-профилактических мероприятий, используемых при заболеваниях пародонта, большое значение имеют физиотерапевтические процедуры. Основными в патогенезе заболеваний пародонта считают нарушение иммунологической реактивности тканей пародонта под влиянием компонентов зубного налета, нарушения метаболизма. Воспаление тканей пародонта, расстройства микроциркуляции возникают вследствие нейрогуморальных сдвигов в организме. Физические факторы позволяют стимулировать иммунобиологические реакции организма, снизить явления общей и местной сенсibilизации, изменить нервно-гуморальные процессы в организме и патологическом очаге, усилить локальное избирательное действие лекарственного вещества, восстановить микроциркуляцию [4]. Своевременное и правильное назначение физических факторов комплексной терапии позволяет купировать начальные проявления патологического процесса, снизить степень его выраженности, тяжесть клинических симптомов и вероятность возникновения осложнений [1,3].

Информационно-волновая терапия (ИВТ) – это метод немедикаментозного лечения, основанный на воздействии на рефлексогенные зоны и акупунктурные точки электромагнитных излучений миллиметрового, инфракрасного и видимого диапазонов длин волн низкой интенсивности, модулированных информационными сигналами инфранизких частот, поступающих в свою очередь от заведомо здоровых структур организма человека. Электромагнитные излучения миллиметрового диапазона взаимодействуют с биологическими информационными структурами организма на молекулярном, клеточном и органном уровнях [5].

Многочисленные исследования свидетельствуют, что в основе лечебного действия ИВТ лежат многоуровневые рефлекторные и нейрохимические реакции, запускающие каскад регуляторных и адаптационных механизмов организма. В результате ликвидируются болевые синдромы, улучшается кровообращение, оказывается противовоспалительное действие, активируется образование биологически активных веществ и обменные процессы в тканях [5].

Цель исследования - оценка эффективности комплексного лечения хронического генерализованного катарального гингивита с использованием информационно-волновой терапии.

Материал и методы исследования. В течение года (с января 2008 по январь 2009 года) нами было проведено обследование и комплексное лечение 53 пациентов с хроническим генерализованным катаральным гингивитом. Исследование проводилось в стоматологической поликлинике УГМА, в нем участвовали соматически сохраненные пациенты в возрасте от 20 до 28 лет, 24 мужчин и 29 женщин.

При обращении пациенты предъявляли жалобы на кровоточивость десен во время чистки зубов (40,83% из числа обследованных), неприятный привкус во рту (11,82%), зуд десен (13,07%). Большое значение придавалось сбору анамнеза, выявлению погрешностей индивидуальной гигиены полости рта. При осмотре полости рта оценивали состояние

слизистой оболочки альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти, прикус, регистрировали индексы КПУ зубов, упрощенный индекс гигиены полости рта Грина-Вермильона (ОНИ-S), папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА) в модификации Парма, индекс кровоточивости десневых сосочков (РВІ). Из функциональных методов исследования использовали оценку вакуумной стойкости капилляров десны по методике Кулаженко в области центральных резцов нижней челюсти. Для дифференциальной диагностики с пародонтитом проводилась ортопантомография на аппарате ORTHOPHOS 3 (средняя доза облучения 36 мкЗиверт).

Комплексное лечение пациентов предусматривало обучение правильной чистке зубов и контроль гигиены полости рта, подбор индивидуальных средств гигиены (зубная щетка, зубная паста, флосс), профессиональную гигиену полости рта, устранение местных раздражающих факторов, пломбирование кариозных полостей с восстановлением контактных пунктов, противовоспалительные аппликации, орошения, ванночки.

Методом случайной выборки больные были разделены на 2 группы: исследуемую и контрольную. В план комплексного лечения исследуемой группы больных после проведения профессиональной гигиены полости рта был добавлен курс информационно-волновой терапии с помощью аппарата Минитаг по 15 ежедневных процедур. Воздействие осуществлялось на 6 акупунктурных точек по 3 минуты на каждую в соответствии с рекомендациями атласа пользователя аппарата Минитаг. Точка 1 – в носогубной складке на пересечении с вертикальной линии, проведенной от центра зрачка. Точка 2 – на середине расстояния от «лука Купидона» до основания перегородки носа в ямке верхней губы. Точка 3 – при согнутой в локте руке, на 1,5 см от конца кожной складки к локтю. Точка 4 – вперед и вверх на 2 см от угла на ветви нижней челюсти. Точка 5 – в центре подбородочно-губной складки. Точка 6 – расположена ниже нижнего края коленной чашечки на расстоянии, равном расстоянию между внешней стороной мизинца и внешней стороной указательного пальца а на треть этого расстояния кнаружи от гребня.

Эффективность проведенного комплексного лечения оценивали через 7, 14 дней, 1 и 3 месяца после начала лечения. Статистическую обработку полученных результатов исследования проводили по методу Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение. При первичном обследовании полости рта были выявлены застойная гиперемия, отечность десневых сосочков и маргинальной десны у 79% больных, небольшая пастозность – у 18%, кровоточивость, наличие твердых и мягких зубных отложений – у 100% больных. Аномалии прикуса, положения отдельных зубов были выявлены у 33% больных. Индекс КПУ зубов в контрольной группе составил $6,72 \pm 0,94$, а в исследуемой группе $7,16 \pm 1,31$. Индекс Грина-Вермильона в контрольной группе составил $3,34 \pm 0,38$, в исследуемой группе $3,32 \pm 0,42$ (неудовлетворительный уровень гигиены полости рта). Папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс составил в контрольной группе $46,85 \pm 4,95\%$, в исследуемой – $48,53 \pm 3,48\%$ (средняя степень тяжести гингивита). Индекс кровоточивости в контрольной группе $1,42 \pm 0,18$, в исследуемой – $1,41 \pm 0,19$. Скорость образования гематомы в контрольной группе, в среднем, 14,8 секунд, в исследуемой группе 13,9 секунд. Статистически значимых отличий по объективным данным, индексной оценке, дополнительному функциональному исследованию при первичном осмотре в основной и контрольной группе не выявлено.

Через 1 неделю после начала комплексного лечения больных с хроническим генерализованным катаральным гингивитом у 100% наблюдалось улучшение субъективных ощущений. Все пациенты контрольной и исследуемой группы отметили эффективность терапии. При объективном исследовании было выявлено уменьшение воспалительных явлений в пародонте после проведения профессиональной гигиены, уменьшение или отсутствие зубных отложений. 43% пациента контрольной группы и 38% основной группы отмечали появление гиперестезии зубов, чувство дискомфорта после профессиональной гигиены полости рта, сохранявшееся от 2-3 дней до 1 недели.

В целом, результаты комплексного лечения пациентов с хроническим генерализованным катаральным гингивитом в обеих группах можно оценить как удовлетворительные. Гигиена полости рта как первой, так и второй группе значительно улучшилась. Индекс Грина-Вермиллиона после проведенного лечения составил $0,62 \pm 0,09$ в контрольной группе и $0,58 \pm 0,07$ в исследуемой группе, что свидетельствует о хорошей гигиене полости рта. Показатели индексной оценки и пробы Кулаженко в сроки наблюдения 1,2 недели, 1,3 месяца представлены в таблице.

Таблица 1

Показателей индексной оценки и пробы Кулаженко в контрольной и исследуемой группах

	Контрольная группа				Исследуемая группа				p
	ОНИ-S	РМА	РВІ	Проба Ку-лаж.	ОНИ-S	РМА	РВІ	Проба Ку-лаж.	
До лечения	$3,34 \pm 0,38$	$46,85 \pm 4,95$	$1,42 \pm 0,18$	$14,8 \pm 2,4$	$3,32 \pm 0,42$	$48,53 \pm 1,45$	$1,41 \pm 0,04$	$13,9 \pm 0,56$	$p > 0,05$
1 нед.	$1,25 \pm 0,23$	$18,56 \pm 1,34$	$0,81 \pm 0,09$	$22,9 \pm 2,7$	$1,31 \pm 0,22$	$10,64 \pm 0,31$	$0,62 \pm 0,02$	$31,4 \pm 0,94$	РМА, РВІ – $p < 0,05$ Проба К. - $p < 0,05$
2 нед.	$1,18 \pm 0,20$	$14,96 \pm 1,11$	$0,76 \pm 0,09$	$22,3 \pm 1,8$	$1,09 \pm 0,15$	$7,25 \pm 0,14$	$0,42 \pm 0,01$	$35,1 \pm 0,95$	РМА, РВІ – $p < 0,05$ Проба К. - $p < 0,05$
1 месяц	$0,86 \pm 0,15$	$12,02 \pm 0,98$	$0,64 \pm 0,08$	$25,6 \pm 1,3$	$0,77 \pm 0,13$	$9,12 \pm 0,27$	$0,46 \pm 0,01$	$36,2 \pm 0,96$	РМА, РВІ – $p < 0,05$ Проба К. - $p < 0,05$
3 месяца	$0,62 \pm 0,09$	$16,44 \pm 1,92$	$0,62 \pm 0,08$	$24,7 \pm 1,9$	$0,58 \pm 0,07$	$10,19 \pm 0,31$	$0,44 \pm 0,01$	$37,1 \pm 0,83$	РМА, РВІ – $p < 0,05$ Проба К. – $p < 0,05$

Анализируя полученные данные, можно отметить достоверное улучшение показателей индексной оценки и функциональной пробы уже через 1 неделю после начала комплексного лечения в обеих группах больных. При сравнении показателей у больных исследуемой и контрольной группы выявлено, что в исследуемой группе показатели РМА, РВІ были достоверно ниже, чем в контрольной, во все сроки наблюдения. Скорость образования гематомы по данным вакуумной пробы была достоверно больше в исследуемой группе, что свидетельствует о повышении вакуумной стойкости капилляров десны под воздействием информационно-волновой терапии.

Результаты нашего исследования позволили сделать следующие выводы.

Выводы

7. Применение информационно-волновой терапии в комплексном лечении хронического генерализованного катарального гингивита целесообразно и эффективно, так как способствует купированию воспалительных явлений, улучшению микроциркуляции, обменных процессов в тканях пародонта.

8. Повышение эффективности лечения хронического катарального гингивита с введением в комплексный план лечения ИВТ доказывается индексной оценкой и показателями вакуумной пробы Кулаженко.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лукиных Л.М. Физиотерапия в практике терапевтической стоматологии [Текст] / Л.М.Лукиных, О.А.Успенская. - Нижний Новгород, 2006. - 36 с.
2. Лукиных Л.М. Болезни пародонта. Клиника, диагностика, лечение и профилактика. Руководство [Текст] / Л.М.Лукиных, Е.Н. Жулев, И.Н.Чупрунова. - Издательство НГМА, Нижний Новгород, 2005. - 322 с.
3. Муравянникова Ж.Г. Основы стоматологической физиотерапии [Текст] / Ж.Г.Муравянникова. - Ростов-на-Дону, Феникс, 2003. - 320 с.
4. Орехова Л.Ю. Основы профессиональной гигиены полости рта: методические указания [Текст] / Л.Ю.Орехова, Е.Д.Кучумова, Я.В.Стюф и др. - С-Петербург: Поли Медиа Пресс, 2004. - 56с.
5. Калмыкова Е.А., Захарова Г.Е., Китаева М.А. Информационно-волновая терапия. Атлас пользователя аппарата МИНИТАГ. [Текст] / Е.А. Калмыкова, Г.Е. Захарова, М.А. Китаева. - М.: 2003. - 272 с.

УДК 616-006-085.28-085.849-06:577.115

ДИНАМИКА УРОВНЯ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ, ЭНДОТОКСИКОЗА И ВЯЗКОСТИ ПЛАЗМЫ КРОВИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ПРОЦЕССЕ ХИМИОЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ

Светозарский С. Н., Мокров Я. П., Алиазгарова А. А.

Нижегородская государственная медицинская академия

Кафедра биологии

Научные руководители: д.б.н. Щербатюк Т. Г., асп. Давыденко Д. В., асп. Лазарева В. А.

Актуальность. В настоящее время, проведение химиотерапии и современных жестких схем лучевой терапии в онкологии, ведет к резкому нарастанию степени эндогенной интоксикации за счет усиления процесса распада опухолевых клеток. Важным патофизиологическим механизмом развития эндотоксикоза является активация процессов перекисного окисления липидов, инициируемых свободными кислородными радикалами [3]. Образовавшиеся активные формы кислорода в результате воздействия ионизирующего излучения и/или химиопрепаратов оказывают прямое повреждающее воздействие, как на здоровые, так и на опухолевые клетки, вследствие чего в кровь попадает большое количество эндотоксинов. Онкологические заболевания сопровождаются также глубокими гемореологическими расстройствами, выражающимися в колебаниях вязкости крови, плазмы, гиперагрегации эритроцитов, снижении их деформируемости. В комплексе такие нарушения способны усугублять тяжесть заболевания, приводить к неэффективности лечения и развитию тяжелых осложнений [1,8]. При анализе доступной научной литературы отмечено, что некоторые авторы проводят оценку параметров СРО [1], определяют уровень ЭИ [7] при развитии злокачественных новообразований различной локализации. При этом в основном определяют лишь значения до и после лечения, но комплексного анализа данных показателей вместе и в динамике пока не представлено.

Цель работы. Оценка нарушений свободнорадикальных процессов, уровня эндотоксикоза и показателей вязкости плазмы крови больных с опухолями орофарингеальной зоны в процессе химиолучевого лечения.

Материалы и методы. В работе была исследована плазма крови 43 мужчин в возрасте от 34 до 68 лет. Все больные с местно-распространенными опухолями орофарингеальной области III и IV стадии. Морфологический вид опухолей – ороговевающий и неороговевающий плоскоклеточный рак. Больным проводилось химиолучевое лечение в нижегородском областном онкологическом диспансере (ГУЗ НООД) по следующей схеме: индукционный курс полихимиотерапии (ПХТ) препаратами: 5-фторурацил и цисплатин, затем следовал 3-х недельный перерыв, после которого проводилось химиолучевое лечение расщепленным курсом (курс ПХТ по той же схеме, затем дистанционная лучевая терапия (ЛТ) в режиме обычного фракционирования до суммарно-очаговой дозы 68-70 Грэй за два этапа. Забор крови осуществлялся на разных этапах химиолучевого лечения. Группу контроля составили 15 здоровых доноров. Интенсивность свободнорадикальных процессов и общую антиоксидантную активность оценивали методом индуцированной хемилюминесценции плазмы крови [5] на приборе БХЛ-06М (г.Н.Новгород). Регистрировали $I_{\max}(mV)$ - максимальную интенсивность свечения исследуемой пробы, косвенно отражающую общую свободнорадикальную активность образца, и светосумму – S , обратно пропорциональную общей антиоксидантной активности (ОАА), характеризующую способность субстрата тормозить реакции окисления. Уровень эндогенной интоксикации (ЭИ) определяли осаждением крупномолекулярных частиц плазмы крови 15%-ым раствором трихлоруксусной кислоты с последующей спектрофотометрией водного раствора супернатанта при длине волны 244-294 нм [6]. Вязкость плазмы крови измерялась на ультразвуковом вискозиметре, разработанном в ИПФРАН, г. Нижний Новгород. Полученные данные были обработаны на IBM PC/AT с помощью пакетов прикладных программ Statistica-6.0 (Windows 98) и Microsoft Excel. Результаты представлены в виде $M \pm m$. Применяли t критерий Стьюдента, определяли коэффициент корреляции Пирсона r при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Обнаружено, что до лечения в плазме крови онкологических больных все измеряемые показатели статистически значимо отличаются от группы контроля (табл. 1). Изучив пул молекул средней массы для всех обследованных пациентов, определен такой вариант метаболического ответа, как «тотальное» повышение уровня

молекул средней массы плазмы крови по всему спектру [4]. У здоровых людей спектрограмма плазмы крови при длине волны 244 нм имеет приближенные к нулевым значения экстинкции. Как правило, в этом спектре длин волн регистрируются вещества катаболического происхождения: аминокислоты, мочевины, мочевая кислота, креатинин, продукты деградации фибриногена и альбумина, ксенобиотики и др. [6]. У пациентов со злокачественными образованиями III – IV стадии значения экстинкции при длине волны 244 нм в 20 раз превышают аналогичные показатели у здоровых людей. Важным патофизиологическим механизмом развития эндотоксикоза является активация процессов перекисного окисления липидов, инициируемых свободными кислородными радикалами [3,7].

Таблица 1

Интенсивность свободнорадикальных процессов, уровень ЭИ и вязкость плазмы крови

Изучаемые параметры	Обследованные группы	
	здоровые доноры	пациенты до лечения
I _{max} , mV	1,150±0,058	1,748±0,037
1/S, отн. единицы	0,085±0,0027	0,061±0,0036
ЭИ, усл. единицы	16,000±0,815	22,802±0,903
Вязкость, сПз	1,4750±0,0250	1,8358±0,0435

Обнаружено статистически значимое повышение хемилюминесцентной активности плазмы крови в период разгара (10,7%) и окончания 1 этапа лучевой терапии (15,3%) на фоне снижения ОАА (16,3%) и вязкости плазмы (11,0%). В начале 2 лучевой терапии ХЛ активность повышается на 20,1% по сравнению с этапом «до лечения», а ОАА снижается к концу лечения на 25,2%. На этих же этапах достоверно повышается и уровень ЭИ, причем после 2 курса лучевой терапии при достижении СОД обнаружена прямая корреляция со свободнорадикальной активностью $r=0,895$ ($p=0,040$). Это можно объяснить тем, что, ионизирующее излучение индуцирует радиоллиз воды с образованием гидроксил-радикала, который запускает цепь реакций СРО, следствием которого является перекисное повреждение липидных и белковых молекул, что приводит к их деградации и образованию токсических фрагментов, в том числе, молекул средней массы.

Интересно отметить, что на этапах химиотерапии не отмечается статистически значимых отличий ни по одному из параметров. Вероятно, действие химиотерапевтических агентов даёт свой вклад в развитие синдрома эндогенной интоксикации не сразу, усугубляя побочное действие на этапах лучевого лечения.

Выводы:

1. Выявлено, что до лечения у пациентов с опухолями орофарингеальной зоны III-IV стадии интенсивность свободнорадикальных процессов, уровень эндогенной интоксикации и вязкости плазмы крови повышены по сравнению со здоровыми людьми на фоне сниженной общей антиоксидантной активности.
2. Показано, что ионизирующее излучение вызывает интенсификацию процессов свободнорадикального окисления и повышение уровня эндогенной интоксикации на фоне снижения общей антиоксидантной активности и вязкости плазмы крови больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вайнштейн, С.Г. Состояние перекисного окисления липидов у больных язвой и раком желудка / С.Г. Вайнштейн, Ф.А. Звершаковский // Вопр. онкологии. – 1984. – № 10. – С. 39 – 41.
2. Габриэлян Н.И., Левицкий Э.Р., Щербакова О.И. Гипотеза средних молекул в практике клинической нефрологии // Терапевтический архив. 1983. № 6. С. 76 – 78.
3. Голиков С.Н., Саноцкий И.В., Тиунов Л.А. Общие механизмы токсического действия. – Л.: Медицина, 1986. – 280 с.
4. Копытова Т.В. Механизмы эндогенной интоксикации и детоксикации организма в норме и при морфо-функциональных изменениях в коже. Автореф. дисс. ... докт. биол. наук. Н. Новгород, 2007. 40 с.
5. Кузьмина Е.И., Нелюбин А.С., Щенникова М.К. Применение индуцированной хемилюминесценции для оценки свободнорадикальных реакций в биологических субстратах // Межвузовский сборник биохимии и биофизики микроорганизмов. Горький, 1983. С. 179 – 183.
6. Оболенский С.В., Малахова М.Я. Лабораторная диагностика интоксикаций в практике интенсивной терапии. СПб.: СПб ИУВ, 1993. 16 с.
7. Саакян М.А. Биохимическая оценка опухолевых заболеваний толстой кишки, осложненной перитонитом // Клиническая лабораторная диагностика. – 1992. – №7. – с. 43-45.
8. Trotti A., Bellm L.A., Epstein J.B. Mucositis incidence, severity and associated outcomes in patients with head and neck cancer receiving radiotherapy with or without chemotherapy: a systemic literature review // RTO. 2006. № 66. P. 253 – 263.

УДК 577.1:616-001.17-06

НАРУШЕНИЯ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ГИПОКСИИ

Светозарский С. Н.

*Нижегородская государственная медицинская академия
Кафедра биохимии им. Г. Я. Городисской*

Научный руководитель: к.б.н. Кузьмина Е. И.

Актуальность. В настоящее время при лечении больных с обширными ожогами сохраняется высокая летальность (до 30% и более), что обуславливает актуальность вопросов совершенствования лечения осложнений ожоговой болезни. Ожоговая травма сопровождается развитием гипоксии, нарушением функционирования систем транспорта и утилизации кислорода. В этой связи происходит активация перекисного окисления липидов (ПОЛ), белков, нуклеиновых кислот [1,3]. Продукты ПОЛ являются повреждающими агентами для мембран клеток и внутриклеточных органелл, что сопровождается деструктивными изменениями тканей и нарушением функции органов [4]. Изучение этих процессов и особенностей действия антигипоксантных и антиоксидантных препаратов на наиболее чувствительные к гипоксии структуры представляется важным, но недостаточно изученным вопросом.

Цель исследования: изучить нарушения свободнорадикальных процессов при гипоксии.

Задачи:

1. Проследить динамику нарушений процессов свободнорадикального окисления (СРО) в структурах головного мозга при моделировании гипоксии в эксперименте
2. Определить особенности действия антиоксидантных препаратов на различные структуры клетки

Материалы и методы. Экспериментальные исследования выполнены на 10 самцах белых лабораторных крыс линии Вистор массой 180-220г. Гипоксия развивалась при моделировании термотоксиингаляционной травмы. Содержание животных, моделирование гипоксии, а также выведение животных из опыта проведено в соответствии с приказом МЗ РФ № 267 от 19.06.2003, «Об утверждении правил лабораторной практики» (Минздрав СССР, № 755 от 12.08.1977г.). Параметры СРО определялись в гомогенатах тканей мозга, митохондриях и их мембранах, выделяемых при дифференциальном центрифугировании, на первый, третий и пятый день после ожога. Для оценки антиоксидантного действия использовали препараты: Дельтаран, Микрогидрин и Деринат. Инкубация проводилась *in vitro* при 37 °С в течение 18 ч. Интенсивность свободнорадикальных процессов и общую антиоксидантную активность оценивали методом индуцированной хемилюминесценции плазмы крови на приборе БХЛ-07 [5]. Регистрировали светосумму – S, соответствующую количеству образовавшихся перекисных радикалов, и тангенс угла наклона медленной вспышки (tga), отражающий уровень общей антиоксидантной активности (АОА), характеризующей способность субстрата тормозить реакции окисления. Полученные данные были обработаны на IBM PC/AT с помощью пакетов прикладных программ Statistica-6.0 (Windows 98) и Microsoft Excel.

Результаты. Во всех исследуемых образцах отмечается статистически значимое снижение уровня АОА по сравнению с контролем, что свидетельствует о недостаточности ферментного и неферментного звеньев антирадикальной защиты клеток. Уровень СРО в первый день после воздействия значительно повышен как в гомогенате, так и в митохондриях тканей головного мозга (15,5 и 31,3% соответственно). Интенсивность ПОЛ в митохондриях повышается к 3 дню на 10,5%, после чего происходит спад, и к пятому дню показатели снижаются на 24,1% по сравнению с первым днём. Активация процессов ПОЛ связана с тремя патофизиологическими факторами: стресс-реакцией, ишемическим или гипоксическим состоянием и воспалительной реакцией [6,7]. Все эти факторы, индуцирующие процессы ПОЛ, имеют место при выбранном способе воздействия, и наиболее чувствительны к ним структуры головного мозга. При этом первым звеном патогенеза является нарушение функций митохондрий. При гипоксии снижается скорость потребления кислорода митохондриями в фосфорилирующем состоянии; следствием повышения ионной проницаемости внутренней мембраны при тканевой гипоксии являются снижение мембранного потенциала, кальций-аккумулирующей способности митохондрий и их активное набухание. Параллельно развивается окислительный стресс, субстратами которого являются не только фосфолипиды мембран, но и белки, нуклеиновые кислоты, продукты перекисной модификации которых остаются растворенными в жидкой фазе, содержащейся в гомогенатах тканей головного мозга [2].

При инкубации субстратов с каждым из препаратов наблюдается тенденция к инактивации СРО и повышению АОА. Наиболее значимые изменения выявляются при инкубации митохондрий с препаратами Дельтаран и Деринат: уменьшение количества перекисных радикалов на 48,9% и 19,1% соответственно. При инкубации гомогенатов тканей мозга наибольший эффект достигается при действии Микрогидрина, что, вероятно, обусловлено его микрокластерной структурой, обеспечивающей более полное взаимодействие с жидкой фазой при нарушении целостности мембран. Статистически значимое снижение уровня СРО в мембранах митохондрий достигается лишь при их обработке препаратом Дельтаран (19,1%).

Выводы.

1. Острая гипоксия, развивающаяся при моделировании термотоксиингаляционной травмы, приводит к локальной (в структурах мозга) активации процессов липопероксидации и снижению антирадикальной защиты клеток
2. Наибольшее снижение уровня СРО в митохондриях и их мембранах наблюдалось при инкубации с препаратом Дельтаран.
3. При инкубации гомогенатов тканей мозга наибольший эффект достигается при действии Микрогидрина

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бабская Ю.Е., Лавров В.А., Омонина Н.А. Интенсивность свободно-радикального окисления липидов в острый период ожоговой болезни. // Хирургия. - 1985. - № 11. - С. 95-97.
2. Бизенкова М.Н. Общие закономерности метаболических расстройств при гипоксии различного генеза и патогенетическое обоснование принципов их медикаментозной коррекции: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Саратов, 2008. - 39 с.
3. Биленко М.В. Ишемические и реперфузионные повреждения органов (молекулярные механизмы, пути предупреждения и лечения). - М., 1989. - 368 с.
4. Владимиров Ю.А., Оленев В.И., Суслова Т.Б., Потапенко А.И. Механизмы перекисного окисления липидов и его действие на биологические мембраны. // Итоги науки и техники: Биофизика. - М., 1975. - Т. 5. - С. 56-117.
5. Кузьмина, Е.И. Определение антиоксидантного потенциала в плазме крови ожоговых больных : пособие для врачей / Е.И. Кузьмина, Перетягин С.П., Костина О.В. и др. – Н.Новгород : НИИТО МЗ РФ, 2000. — 11 с.
6. Меерсон Ф.З., Пшеничкова М.Г. Адаптация к стрессовым ситуациям и физическим нагрузкам. - М., 1988. - 256 с.
7. Петрович Ю.Н., Гуткин Д.В. Свободнорадикальное окисление и его роль в патогенезе воспаления, ишемии и стресса. // Пат. физиол. - 1986. - № 5. - С. 85-92.

УДК 614.27:614.2

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВВЕДЕНИЯ ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПО УЧЕТУ ЛАБОРАТОРНО-ФАСОВОЧНЫХ РАБОТ В ЕКАТЕРИНБУРГСКОМ МУНИЦИПАЛЬНОМ УНИТАРНОМ ПРЕДПРИЯТИИ «АПТЕКА № 6»

Свечникова У. Д.

*Уральская государственная медицинская академия
Кафедра управления и экономики фармации*

Научный руководитель: доц. Зимненко И. А.

Екатеринбургское муниципальное унитарное предприятие «Аптека № 6» является одной из 10 рецептурно-производственных аптек города Екатеринбурга. До сих пор они востребованы населением и лечебно-профилактическими учреждениями города. Остро стоит вопрос о малой рентабельности таких аптек. Многие из них сокращают производство,

уменьшают площади или сокращают штат сотрудников для поддержания своего благосостояния. Но это достаточно жесткие меры. Возможны и более мягкие решения. В нынешний век высоких технологий в аптеках имеются программные обеспечения для бухгалтерии, работников первого стола, директора, но нет достойных программ для провизора-технолога. Поэтому провизор затрачивает большое количество времени на заполнение лабораторно-фасовочного журнала и расчеты вручную. Разработка специализированных программ для рецептурно-производственных отделов аптек намного ускорило бы работу отделов и позволило эффективнее использовать время провизоров технологов. Одной из таких программ является лабораторно-фасовочный журнал в электронном виде.

Цель создания:

1. Ускорение работы рецептурно-производственного отдела, сокращение затрат на работу с лабораторно-фасовочным журналом.

2. Сокращение до минимума воздействия человеческого фактора на результаты работы.

Материалы и методы исследования:

1. Проведен анализ работы рецептурно-производственного отдела в аптеках города, проведен опрос о наличии компьютерных программ по ведению лабораторно-фасовочных журналов.

2. Внедрение автоматической версии лабораторно-фасовочного журнала в рецептурно-производственном отделе было произведено на базе Екатеринбургского муниципального унитарного предприятия «Аптека № 6».

3. Во время работы над темой были использованы материалы и документы Екатеринбургского муниципального унитарного предприятия «Аптека № 6» (Лабораторно-фасовочный журнал, справка о дооценке и оценке по лабораторно-фасовочным работам, реестр свободных различных цен на медикаменты, тарифы на лекарственные формы, изготовленные в аптеке по индивидуальным рецептам для населения, ЛПУ и тарифы на фасовочные работы).

4. Подробно изучен Приказ Министерства здравоохранения СССР № 14 от 08.01.1988 года «Об учреждении специализированных (внутриведомственных) форм первичного бухгалтерского учета для хозрасчетных аптек учреждений».

5. Проанализирована работа рецептурно-производственного отдела в Екатеринбургском муниципальном унитарном предприятии «Аптека № 6».

Предполагаемые результаты исследований: В результате исследования были проанализированы типичные программы в аптеках и сделан вывод, что работа с ними только увеличивает время на заполнение журнала. На данный момент существующие программы не могут удовлетворить все требования, предъявляемые провизором-технологом для удобства и быстроты осуществления операций по фасовочным работам. В процессе работы с аптекой предполагается разработать наиболее полную версию программного обеспечения, удовлетворяющего запросам провизора-технолога.

Все исследования проводились на базе Екатеринбургского муниципального унитарного предприятия «Аптека № 6» (ул. Вайнера, 8). Изначальную авторскую версию предполагается использовать в рамках анализируемой аптеки. Изначально программа пишется для этой аптеки, при получении хороших результатов будет предложена и другим аптекам города Екатеринбурга.

Результаты исследования активно внедряются в Екатеринбургское муниципальное унитарное предприятие «Аптека № 6», но уже сейчас на начальном этапе можно прогнозировать результаты, полученные в процессе исследований.

В результате внедрения программа приобрела удобный интерфейс, базы данных, автоматический контроль за сроками годности лекарственных субстанций, запасами медикаментов в рецептурно-производственном отделе, возможность быстрого автоматического подсчета цен, изменение тарифов, связанных с увеличением затрат на изготовление лекарственных форм в рыночных условиях, вывода итогов за месяц, год по запросу провизора-технолога.

Затраты по внедрению авторской версии «Лабораторно-фасовочный журнал» в общем составляют 50000 рублей, в состав этих затрат помимо затрат по разработке программного обеспечения входит обучение персонала в течении 2 недель.

Выводы

1. Авторская версия лабораторно-фасовочного журнала позволит избежать ошибок, связанных с человеческим фактором

2. Облегчить составление отчетов по отделу за определенный период времени

3. Сократить время, затраченное провизором-технологом на заполнение лабораторно-фасовочного журнала.

4. Разработанная авторская версия позволит улучшить финансово-экономическое состояние учреждения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Министерства здравоохранения СССР № 14 от 08.01.1988 года «Об учреждении специализированных (внутриведомственных) форм первичного бухгалтерского учета для хозрасчетных аптек учреждений».

УДК 616.366-003.7-089.87:616.381-072.1

ОТДАЛЕННЫЕ И НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЕЙ

Семеняко Е. Н., Красоткина Я. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра общей хирургии*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Чавкунькин Ф. П.

За последние годы заболевания желчевыводящей системы занимает ведущее место в структуре патологии брюшной полости. По данным 4-го Всемирного Конгресса Гастроэнтерологов холедохолитиаз по распространенности уступает лишь атеросклерозу и служит поводом для ежегодного выполнения до 2,5 млн. оперативных вмешательств на желчных путях.

Впервые хирургическое лечение желчекаменной болезни (ЖКБ) было осуществлено в 1867 году Бобсом, который с лечебной целью произвел операцию холецистэктомии. В 1882 г. немецкий хирург Лангенбух произвел первую в мире операцию по удалению желчного пузыря. В России первым холецистэктомии выполнил Кассинский Ю.Ф. в 1889г.

На сегодняшний день в мировой практике методом выбора лечения ЖКБ признана лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), которая является “Золотым стандартом” в хирургическом лечении. Менее инвазивные вмешательства завоевали признание благодаря незначительной травматичности, достаточной эффективности, хорошими результатами и ранней реабилитации больных. Следует отметить, что несмотря на широкое распространение, эндовидеохирургические операции являются весьма опасными, ввиду наложения напряженного карбоксиперитонеума у больных с высоким оперативно – анестезиологическим риском. Случаи деструктивных изменений желчного пузыря и наличия инфильтратов в области гепато – дуоденальной зоны, спаечного процесса брюшной полости являются противопоказанием для выполнения ЛХЭ. Следует отметить рост числа травматизма внепеченочных желчных протоках, общего желчного протока, образование послеоперационных грыж.

За период с 1988 г. по 2008 г. нами произведен анализ 896 историй болезни больных, оперированных в хирургическом отделении дорожной больницы, с хроническим калькулезным холециститом. Возраст больных колебался от 18 до 82 лет. Из них было 245 мужчин и 661 женщин.

Обследование больных включало изучение жалоб, анамнеза заболевания, клинико – лабораторных данных. Всем больным производилось ультразвуковое исследование (УЗИ) органов живота и забрюшинного пространства, по показаниям – компьютерная томография, фиброгастроскопия (ФГС), флюорография или рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ; больные консультированы терапевтом, гинекологом, урологом, анестезиологом, а также другими специалистами.

У 118 больных, старше 60 лет, было выявлено от 2 до 4 сопутствующих заболеваний: гипертоническая болезнь, ожирение, сахарный диабет, атеросклеротический кардиосклероз, тромбоз, которым проводилась предоперационная коррекция.

Переход на лапаротомию у больных ЖКБ, начатых лапароскопическим методом, осуществлен у 13 пациентов. Причинами конверсии у 4-х был рубцовый спаечный процесс, у 5-ти – кровотечение, у 4-х – интраоперационное повреждение общего желчного протока. Всем больным после ЛХЭ через отдельный разрез производилось дренирование подпеченочного пространства. Оперированные больные в первые сутки находились в реанимационном отделении. При благоприятном течении послеоперационного периода на следующий день пациентам разрешали вставать и принимать пищу. Нежелательными осложнениями были: кровотечения – у 5-ти, желчный перитонит – у 2-х, обильное желчеистечение по дренажу – у 6-ти, острый панкреатит – у 2-х, интраоперационное пересечение холедоха – у 4-х. По поводу кровотечения из ложи желчного пузыря и у одного больного вследствие повреждения пупочной вены произведена лапаротомия. Двум больным с желчным перитонитом произведена лапаротомия на вторые сутки. 6-ти больным с желчеистечением на 2-3 сутки произведена повторная лапароскопия с дополнительным дренированием брюшной полости толстым дренажем. Источником истечения желчи в 4-х случаях была ложа желчного пузыря, в 2-х источник не был обнаружен. Пересечение общего желчного протока у 4-х пациентов потребовало перехода на лапаротомию, ушивание протока на т-образном дренаже и дренирование подпеченочного пространства.

Другими осложнениями в послеоперационном периоде были: инфильтраты гематомы параумбиликальной или эпигастральной торокальной раны у 16-ти больных, острый панкреатит у 2-х, плеврит, пневмония – у 4-х. Умерла одна больная от повторного инфаркта миокарда. В отдаленном периоде обследовано 626 больных, у которых выявлены следующие осложнения и заболевания: у 2-х – холедохолитиаз, у 7-ми выявлены грыжи. Все больные с послеоперационными грыжами были оперированы в плановом порядке; пять человек с применением полипропиленовой сетки, 2 – местными тканями.

Таким образом, лапароскопическая холецистэктомия является радикальным и эффективным методом лечения больных с ЖКБ с хорошими непосредственными и отдаленными результатами.

УДК 617-089

СОВРЕМЕННАЯ ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

Семченко Д. Е., Носков И. Г.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра латинского и иностранных языков*

Научный руководитель: асс. Клименко Н. С.

В современном мире, в котором программы и статьи по пластической хирургии стали привычными, население стало более информированным в этой сфере медицины. Поэтому актуальность своей работы мы считаем оправданной. Обычно в подобных телевизионных программах затрагивается лишь та часть проблемы, которая характеризует пластическую хирургию лишь как действие по улучшению внешности, то есть как эстетическую хирургию. Но это далеко не так. На долю эстетической хирургии приходится всего одна треть пластических операций, а две трети – на реконструктивную хирургию, которая занимается вопросами реконструкции частей тела, органов, кожных покровов, которые были повреждены в результате различного рода травм и заболеваний, а также сглаживанием врожденных дефектов человеческого тела.

Целью своей работы мы поставили – дать определение пластической хирургии, осветить все основные вопросы и проблемы в этой сфере, рассмотреть ее психологические аспекты (взвесить за и против), основные направления эстетической хирургии, возможный риск и осложнения.

Одной из важных проблем жизни общества является поиск идеалов человеческой красоты. Что же является тем самым идеалом, за достижение которого люди вступают в борьбу с природой? Как можно достичь совершенства? Прежде всего в столь сложном вопросе следует учитывать тот факт, что “международные стандарты красоты” меняются столь же быстро, как меняется жизнь общества и его менталитет. Многие знают, что, например, во времена царской России идеалом женской красоты была девушка “кровь с молоком”, здоровое, молодое и крепкое тело. И что же мы видим сейчас? Международным стандартом красоты женского тела являются критические параметры: 90-60-90, что, кстати, является предметом многих анекдотов. Но и сейчас уже можно заметить, что тенденция к “худобе” значительно снижается и интерес к истинным формам женской красоты возрастает. Следует учитывать и тот факт, что различия в стандартах красоты имеются даже между географически близкими регионами, с разными традициями и культурными корнями. Несмотря

на то, что эта разница наблюдается у различных этнических групп, прогресс средств связи и массовой информации в нашем веке очевидно привел к интернационализации стандартов красоты. Довольно трудно дать им точное определение, но очевидно то, что большую роль здесь играют “веяния Запада”.

Что означает для людей их физическая привлекательность? Основной момент в этом вопросе - это повышение самооценки под влиянием положительного восприятия окружающими привлекательной внешности человека, что в свою очередь ведет к расширению контактов с окружающими и лучшему налаживанию социальных связей. Считается, что красивые люди в этом деле более успешные, чем люди с менее привлекательной внешностью. И это, к сожалению, - жестокая реальность. Именно для решения таких проблем и существует эстетическая хирургия.

Одним из основных психологических аспектов эстетической хирургии является мнение о том, что у людей, делающих себе косметическое вмешательство, есть какие-то психические проблемы. В ходе социологического опроса и анкетирования выяснилось, что 70 % людей, которые негативно относятся к эстетической хирургии, объясняют это отсутствием должных возможностей медицины в этой сфере и психологической неуравновешенностью тех людей, которые решаются на косметическое вмешательство. Это далеко не так. Около 90 % психически здоровых женщин обращаются к пластическому хирургу по поводу коррекции (а в 95 % случаев пациентами пластических хирургов являются женщины, так как для них внешний вид вообще имеет большее значение, чем для мужчин. Хотя и мужчины обращаются за помощью к хирургу и в 80% случаев это объясняется желанием реконструировать половые органы). Просто следует учитывать тот факт, что даже эмоционально устойчивые и психически здоровые пациенты могут испытывать напряжение перед самой операцией. Тогда как во время обращения к хирургу и перед операцией необходимо находиться в устойчивом психологическом равновесии, чтобы впоследствии адекватно воспринять результат операции и спокойнее перенести период заживления ран и восстановления. Этот период является самым сложным для пациента, поэтому со стороны врача и медперсонала должны исходить сочувствие и сопереживание. Причем принимать решение в отношении своего собственного тела может принимать только сам пациент, а не пластический хирург или другой советчик.

Большое значение в исходе эстетического вмешательства имеет выбор хорошего врача. Пластический хирург – это врач, профессиональные интересы и специальная подготовка которого относится к соответствующей области, то есть врач должен быть компетентен. Существует четыре качества, отличающих хорошего пластического хирурга: 1) тщательный тренинг, основанный на твердом фундаменте как теоретических, так и практических знаний 2) высокое мастерство 3) артистичность (большая часть реконструктивной хирургии содержит элемент эстетики. Как сказал Аристотель, искусство есть “способность видеть результат до того, как он воплощен в материале”). 4) сопереживание. В обязанности хирурга во время консультации входит проведение оценки общего состояния здоровья пациента, выяснения причин обращения к врачу, вид материала, который будет использован (в настоящее время существует множество различных материалов как искусственных, так и натуральных, то есть ткани тела самого пациента, а также различные техники проведения операций на довольно высоком уровне с нанесением минимального вреда здоровью пациента), время проведения операции.

Основными направлениями в сфере эстетической хирургии являются: блефаропластика, рутидектомия, отопластика, коррекция формы губ, липофилинг, операции по изменению формы груди, мастопексия, абдоминопластика, липосакция и многое другое, подробный материал о которых изложен в нашей работе по данной теме.

Следует учитывать тот факт, что любая операция предполагает определенную степень риска. В эстетической хирургии риск минимален, если пациент здоров, следует предоперационным и послеоперационным инструкциям, если операция проводится квалифицированным пластическим хирургом в хорошо оборудованной клинике. Конечно, риск возрастает у пациентов с вредными привычками и осложнениями здоровья, о чем обязательно должен быть информирован каждый до проведения операции. Наибольший риск в эстетической хирургии связан с отклонением полученных результатов от ожидаемых. И лишь своевременное предупреждение пациента о таких возможных последствиях поможет избежать этих эстетических осложнений и наладит контакт врача и пациента во время консультаций, что и приведет к наилучшим результатам (при соблюдении этих условий 95 % пациентов чрезвычайно довольны результатами операций).

В заключение хочется отметить, что пластическая хирургия (в большей части реконструктивная хирургия) пользуется большим спросом у людей, заботящихся о своей красоте, психическом и эмоциональном состоянии, которые верят в достижение такими методами своих идеалов. На современном этапе развития данная сфера медицины достигла больших высот, а при соблюдении всех правил подхода к данному решению, возможен хороший, ожидаемый результат.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алинина А. Академии Ирины Хрусталёвой//Красота. Здоровье. Фитнес.-2006.-№10(22).-с.35,36,37.
2. Гаранина Ю. Липосакция как способ самоубийства//Арбат престиж.-2006.-№77.-с.68,69,70.
3. Леонов А., Поздняков А., Семёнова А. Жертвы красоты//Новые известия.-2006.-11, октябрь.
4. Покровская И. Шок-шоу//Известия.-2006.-3, март.
5. <http://www.Pravda.ru/>
6. info@centrplastiki.ru
7. <http://www.centrplastiki.ru/>

УДК 613.646:371.7

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МИКРОКЛИМАТА УЧЕБНЫХ КЛАССОВ УНИВЕРСИТЕТА В ПЕРЕХОДНЫЙ ПЕРИОД ГОДА

Сергеев Д. А., Хало И. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра гигиены*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Шевченко И. Ю.

Микроклимат учебных помещений образовательных учреждений оказывает существенное влияние на самочувствие, настроение, работоспособность учащихся и является неотъемлемым компонентом успешного обучающего процесса [1,5].

Показателями, характеризующими микроклимат в помещениях, являются температура воздуха, относительная влажность воздуха, скорость движения воздуха. Санитарными правилами устанавливаются гигиенические требования к показателям микроклимата рабочих мест с учетом интенсивности энерготрат, времени выполнения работы и периодов года. В холодный и переходный период года температура воздуха в учебных помещениях должна быть 22-24 град. С, относительная влажность – 40-60%, скорость движения воздуха – 0,1-0,3 м/сек [1]. Показатели микроклимата должны обеспечивать сохранение теплового баланса человека с окружающей средой и поддержание оптимального или допустимого теплового состояния организма. Повышение уровней относительной влажности воздуха и скорости движения воздуха увеличивает теплоотдачу организма, что может привести к простудным заболеваниям. В связи с чем, изучение микроклимата учебных помещений на рабочих местах студентов в переходный период года актуальным.

Целью исследования является предупреждение простудных заболеваний у студентов, в связи с чем, были поставлены и выполнены следующие задачи: проведены измерения температуры воздуха, относительной влажности воздуха и скорости движения воздуха на рабочих местах студентов ВУЗа, дана гигиеническая оценка микроклимата учебного помещения, предложения по его оптимизации.

Материалы и методы. Измерения параметров микроклимата проводились при помощи измерителя температуры и относительной влажности воздуха «ТКА-ТВ», комбинированного измерителя скорости движения воздуха «ТКА-ПКМ»-50. Показатели микроклимата мы рассчитывали на 27 рабочих местах в трех учебных аудиториях. Результаты подвергнуты статистической обработке общепринятыми параметрическими методами. Были вычислены средние величины ($\bar{m}$), стандартные отклонения (σ). Ошибки средних (m) вычислялись по формуле:

$$m = \frac{\sigma}{\sqrt{n}},$$

где m – ошибка средней, σ – стандартное отклонение, n – количество измерений.

Достоверность различий средних значений определена с использованием t-теста Стьюдента. Для оценки силы связей между показателями использованы величины коэффициентов корреляции Спирмена (r_{xy}) и уровень их статистической значимости; различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$ [3].

Полученные результаты. Результаты измерений параметров микроклимата в учебном помещении медицинского университета свидетельствуют о том, что средняя температура воздуха соответствует комфортному уровню и составляет $22,3 \pm 0,6$ град. С (табл. 1).

Таблица 1

Параметры микроклимата в учебном помещении

Параметр микроклимата	Измеренный показатель ($\bar{m} \pm m$)	Стандартное отклонение (σ)	Минимальный уровень	Максимальный уровень	Гигиенический норматив
Температура воздуха (град. С)	$22,3 \pm 0,6$	3,37	17,0	28,5	22-24
Разница температур по горизонтали (град. С)	$1,03 \pm 0,14$	0,74	0,3	2,5	1-2
Относительная влажность воздуха (%)	$25,2 \pm 1,3$	6,95	16,5	42	40-60
Скорость движения воздуха (м/сек)	$0,19 \pm 0,03$	0,15	0,01	0,65	0,1-0,3

Полученный средний показатель нивелирует истинную картину температурного режима в помещениях: на 11 рабочих местах студентов температура воздуха менее, чем гигиенический норматив, на 7 рабочих местах температура воздуха превышает гигиенический норматив. Таким образом, можно сказать, что на 66,7 % рабочих мест в учебных аудиториях оптимальные уровни температуры воздуха не достигнуты. Максимальный уровень температуры воздуха зарегистрирован 28,5 град. С, минимальный – 17,0 град. С. Если температура не соответствует нормативам, то нарушение теплового баланса может привести к перегреву либо к переохлаждению организма и как следствие, к потере трудоспособности, быстрой утомляемости, потери сознания и тепловой смерти. Также при высокой температуре окружающего воздуха в организме человека легко расходуются углеводы, жиры, разрушаются белки, что также может привести к негативным последствиям [4].

Средняя разность температуры воздуха по горизонтали соответствует гигиеническому нормативу и составляет $1,03 \pm 0,14$ град. С, вместе с тем, в 8 наиболее удаленных точках помещений разность температур воздуха по горизонтали более, чем гигиенический норматив, что может быть причиной плохой работы вентиляционной и отопительной систем.

Несмотря на то, что температурные данные во всех аудиториях соответствуют гигиеническим нормативам, относительная влажность воздуха существенно снижена, что может привести к нежелательным для организма последствиям. Воздух пониженной влажности (сухой) обуславливает благоприятное повышение теплоотдачи при высокой температуре и способствует снижению теплопотери при низкой температуре. Однако длительное пребывание в помещениях с низкой влажностью может явиться одной из причин развития сухого катара верхних дыхательных путей [4].

Средний показатель относительной влажности воздуха в значительной степени не соответствует комфортному уровню и составляет $25,2 \pm 1,3$ %. На 96,3 % рабочих мест в учебных аудиториях оптимальные уровни относительной влажности воздуха на момент измерений не были достигнуты. Максимальный уровень относительной влажности воздуха зарегистрирован 42 % (одно рабочее место), минимальный – 16,5 %. Длительное пребывание людей в помещении с повышенной влажностью воздуха и низкой температурой (15° - 10° С и ниже) является причиной переохлаждения (общего и местного) и снижения сопротивляемости организма, вследствие чего наблюдается учащение некоторых заболеваний, таких как артриты, невралгии, катары верхних дыхательных путей [5].

Средняя скорость движения воздуха в учебных помещениях составляет $0,19 \pm 0,03$ м/сек, что соответствует комфортному уровню. Максимальный уровень скорости движения воздуха зарегистрирован 0,65 м/сек, минимальный – 0,01 м/сек. На четырех рабочих местах студентов измеренная скорость движения воздуха превышала комфортный уровень, что составило 14,8 % от общего числа изученных рабочих мест учащихся.

Оптимальные параметры микроклимата обеспечиваются системами кондиционирования воздуха, а допустимые параметры – обычными системами вентиляции и отопления [5].

Проведенный корреляционно-регрессионный анализ показал слабые по силе прямые и обратные связи между измеренными параметрами микроклимата (рис. 1).

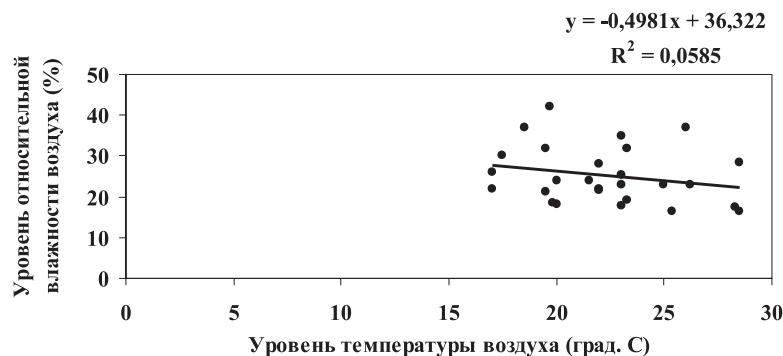


Рис. 1. – Уравнение линейной регрессии и взаимосвязь показателей температуры воздуха (град. С) и относительной влажности воздуха (%) в учебном помещении

Установлена слабая по силе обратная связь между уровнями температуры воздуха (град. С) и относительной влажностью воздуха (%), коэффициент корреляции составил $r_{xy} = -0,24$, что свидетельствует о понижении относительной влажности воздуха при повышении температуры воздуха в помещении. Установлена слабая по силе прямая связь между относительной влажностью воздуха (%) и скоростью движения воздуха (м/сек) коэффициент корреляции $r_{xy} = +0,19$, что свидетельствует о повышении относительной влажности воздуха при повышении скорости движения воздуха в помещении, которая обеспечивается в учебном помещении в основном за счет неплотностей окон. Между уровнями температуры воздуха и скоростью движения воздуха, а также между разницей температуры воздуха по горизонтали существенных связей не установлено (коэффициенты корреляции $r_{xy} = +0,12$ и $r_{xy} = +0,15$, при $p > 0,05$).

Взаимосвязь показателей температуры воздуха (град. С) и относительной влажности воздуха (%) в учебном помещении, полученная при использовании уравнения линейной регрессии вида ($y = -0,4981x + 36,322$), а также коэффициент детерминации ($R^2 = 0,0585$) приведены на рисунке № 1.

Выводы: параметры микроклимата на рабочих местах студентов университета в переходный период года не соответствуют оптимальным критериям, что приводит к преждевременному утомлению и потере работоспособности; при снижении резистентности организма возможно появление заболеваний органов дыхания, кожи, конъюнктив.

Для создания комфортных условий мы порекомендовали довести параметры микроклимата учебных комнат до следующих уровней: относительная влажность воздуха должна быть равна 40-60 %, а температура воздуха не должна превышать 24 град. С.

Для улучшения состояния воздушной среды в учебных комнатах рекомендуется усилить интенсивность проветривания, для чего привести в рабочее состояние форточки и фрамуги и поставить увлажнители воздуха или кондиционеры с увлажнением. Для повышения влажности рекомендуется увеличить количество цветов с широкими листьями, и чаще проводить влажную уборку учебных кабинетов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гигиенические требования к микроклимату производственных помещений. СанПиН 2.2.4.548-96. Минздрав России. М. – 1997. – С. 20.
2. Зайцев, А. Г. Формирование здорового образа жизни молодого поколения / А. Г. Зайцев // Гигиена и санитария. – 2004. – №1. – С. 54-55.
3. Каспарова, Т. Ю. Статистические методы в эпидемиологическом анализе / Т. Ю. Каспарова. – М.: Медикс, 1994. – 36 с.
4. Кучма, В. Р. Здоровье, обучение, воспитание детей и молодежи в XX веке / В. Р. Кучмы: Матер. междунар. конгр. – М.: Изд. НИЦЗД РАМН, 2004. – С. 143-144.
5. Онищенко, Г. Г. Социально-гигиенические проблемы состояния здоровья детей и подростков / Г. Г. Онищенко // Гигиена и санитария. – 2001. – №5. – С. 11.

УДК 61 (091)

ИТОГИ 72-ОЙ СТУДЕНЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ, ПОСВЯЩЁННОЙ 100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА П. Г. ПОДЗОЛКОВА

Серова Е. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Совет студенческих научных обществ*

22 – 25 апреля 2008 года в Красноярской государственной медицинской академии им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого состоялась 72-ая итоговая студенческая научно-практическая конференция с международным участием имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, посвящённая 100-летию со дня рождения профессора П. Г. Подзолкова.

Ежегодные итоговые конференции стали доброй и ценной традицией, позволяющей ещё в студенческие годы молодому исследователю проявить себя, а профессорам – по достоинству оценить огромный студенческий потенциал будущих высококвалифицированных специалистов.

С прошлого года конференции в Красноярской медицинской академии также посвящены памяти профессора Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого, но конференция в этом году знаменательна ещё и тем, что она посвящена 100-летию

со дня рождения профессора Петра Георгиевича Подзолкова – великого организатора, высококвалифицированного педагога, который 34 года возглавлял Красноярский медицинский институт, 35 лет был заведующим кафедрой «Патологической анатомии», которая с 2006 года носит имя этого выдающегося учёного.

За последние годы в нашей академии наблюдается устойчивая тенденция прогрессивного развития студенческой науки. Количество студентов, занимающихся научно-исследовательской работой и принявших участие в 72-й итоговой студенческой научно-практической конференции с международным участием им. проф. В. Ф. Ясенецкого, посвящённой 100-летию со дня рождения проф. П. Г. Подзолкова в 2008 году составило 1870 (рис. 1).

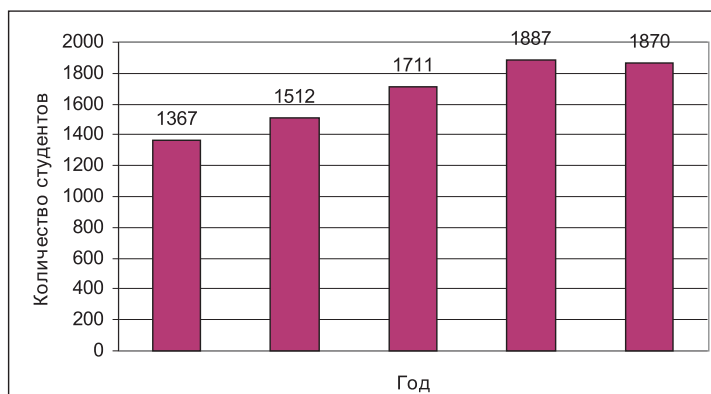


Рис. 1. – Количество студентов, занимающихся научно-исследовательской работой и участвующих в итоговых студенческих конференциях

В этом году издан сборник полноценных статей с УДК, с вложенной электронной версией сборника на диске, содержащем фильм о нашей академии.

В сборник материалов вошли статьи студентов из Бухары (Узбекистан), Барнаула, Томска, Тюмени, Саранска (Татарстан), Благовещенска, Ханты-Мансийска, Гродно (Беларусь), Краснодара, Пятигорска, Омска, Нижнего Новгорода, Бурятии, Белгорода, Караганды (Казахстан), Перми, Махачкалы (Дагестан), Курска, Астрахани, Москвы и Саратова.

В конференции приняли личное участие 11 делегатов из медицинских ВУЗов России и зарубежья – Сибирского государственного медицинского университета, Ханты-Мансийского государственного медицинского института, Алтайского государственного медицинского университета, Омской государственной медицинской академии, Карагандинской государственной медицинской академии, медицинского факультета Бурятского государственного университета (фото 2). Студентам – представителям ВУЗов на торжественном пленарном заседании были вручены благодарственные письма на имя ректора «За высокий уровень подготовки научно-исследовательских работ студентов и поддержку развития студенческого научного общества».



Фото 2. Делегаты конференции из медицинских вузов России и зарубежья

Изготовлены медали лауреатам 4 именных конкурсов – им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, им. проф. И.И. Гительсона, им. проф. А.Н. Орлова, им. проф. П.Г. Подзолкова.

Студенты нашей академии ежегодно участвуют во внешних конференциях. В этом году 20 студентов были командированы в Москву, Санкт-Петербург, Харьков, Казань, Томск, Саратов, Смоленск, Омск, Благовещенск, Екатеринбург, Иркутск, Барнаул.

Студентка 509 группы педиатрического факультета Дорошенко Жанна Вячеславовна заняла III место на Всероссийской конференции в Казани, студент 610 группы педиатрического факультета Кандлен Константин Владимирович принял участие в научно-практической конференции в Харькове, студентка 609 группы лечебного факультета Черных Полина Владимировна заняла II место на Всероссийской конференции молодых учёных и студентов с международным участием в Уральской государственной медицинской академии в Екатеринбурге, студентка 602 группы лечебного факультета Зверева Александра Алексеевна награждена дипломом за I место на конференции в Волгоградском государственном медицинском университете.

На конференции в этом году (22 апреля) состоялись заседания 38 секций по актуальным проблемам медицинской науки на клинических и теоретических базах КрасГМА, на которых было заслушано 428 докладов (фото 1).



Фото 1. Заседание секции «Актуальные вопросы хирургии № 2»

По итогам заседаний, самыми активными секциями являются:

- Актуальные вопросы терапии – 15 докладов
- Актуальные вопросы хирургии №1 – 16 докладов
- Актуальные вопросы хирургии №2 – 15 докладов
- Акушерство и гинекология – 15 докладов
- Дерматовенерология – 15 докладов
- Клиническая и экспериментальная фармакология – 17 докладов
- Латинский язык – 15 докладов
- Медицинский уход и реабилитология – 21 доклад
- Международная секция – 17 докладов
- Нормальная физиология – 17 докладов
- Онкология – 19 докладов
- Философия – 22 доклада

Новые секции: урология и андрология, физическая культура и здоровый образ жизни.

22 апреля 2008 г. состоялся конкурс лучших хирургических студенческих работ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого. Лауреатами конкурса стали студент 608 группы лечебного факультета Тюрюмин Василий Сергеевич и студент 617 группы лечебного факультета Малков Алексей Борисович (кафедра общей хирургии, кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии).

23 апреля 2008 года состоялся конкурс лучших студенческих работ им. проф. И.И. Гительзона. Лауреатами конкурса в клинической номинации стали студенты 609 группы лечебного факультета Черных Полина Владимировна, Черных Владимир Игоревич, студентка 514 группы лечебного факультета Репина Анастасия Викторовна и студентка 602 группы лечебного факультета Зверева Александре Алексеевна (кафедра внутренних болезней №2, кафедра биохимии). Лауреатом конкурса в теоретической номинации стал студент 603 группы лечебного факультета Макаров Александр Фёдорович (кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии).

24 апреля 2008 г. состоялся конкурс лучших гуманитарных студенческих работ им. проф. А.Н. Орлова. Лауреатами конкурса стали студентка 301 группы факультета ФМО специальность «лечебное дело» Брюханова Полина Андреевна и студентка 314 группы факультета ФМО специальность «лечебное дело» Красавина Елена Юрьевна.

На очередной ежегодной итоговой студенческой конференции студентами КрасГМА представлены на традиционно высоком уровне результаты научно-исследовательской работы, составляющие огромный потенциал будущих специалистов. Ведь именно в студенческие годы и закладывается фундамент для становления высококлассного врача, педагога и организатора. Студент – сновец формирует «золотой» кадровый резерв нашей академии и практического здравоохранения.

УДК 616 – 002. 44 – 085 : 616 – 005. 6 – 06

ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ВАЗАПРОСТАН» В ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ПРИ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Силкина О. А., Рубцов В. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра хирургических болезней ИПО*

Научные руководители: д.м.н., проф. Сухоруков А. М., асс. Лавров Р. Н.

Актуальность. Хирургическая коррекция нарушения венозной гемодинамики при посттромботической болезни (ПТБ) сложна и не всегда представляется возможной. Даже при успешной хирургическом лечении практически во всех случаях требуется поддерживающее консервативная терапия. Современный комплекс лечение трофических язв (ТЯ) при ПТБ включает применение компрессионной терапии, фармакотерапии, направленной на повышение тонуса венозных сосудов и улучшение лимфатического дренажа, коррекцию гемореологических нарушений, подавление адгезии и активации лейкоцитов с блокадой медиаторов воспаления, местное лечение (В.С. Савельев 2001 г., В.Ю.Богачев, 2006 г.).

Однако, несмотря на постоянное расширение арсенала используемых средств, эффективность лечебной помощи больным с ТЯ при ПТБ продолжает оставаться недостаточно высокой. В связи с этим для лечения ТЯ предложено применение препаратов простагландинов.

Целью нашей работы явилось разработка нового способа лечения трофических язв при посттромботической болезни с применением экстракорпоральной фармакотерапии препаратом ПГ Е1.

Материалы и методы. В период с 2002 по 2007 годы в хирургической клиник ИПО КрасГМУ на базе отделения сосудистой хирургии ГКБ № 20 и МСЧ № 96 пролечено 138 больных с ТЯ при ПТБ. У всех пациентов декомпенсация хронической венозной недостаточности проявлялась в виде липодерматосклероза, гиперпигментации, экссудативного дерматита, открытой трофической язвы, что соответствовало 6 классу международной классификации, хронической венозной недостаточности СЕАР.

В зависимости от способа лечения все больные распределены на 3 группы контрольную № 1, контрольную № 2 и исследуемую. Распределение в группах пациентов по возрасту и полу видно из таблицы №1.

Таблица 1

Распределение в группах пациентов по возрасту и полу

	пол	До 40	41- 60 лет	Старше 60 лет	Итого
Контрольная группа № 1 n = 48	Жен	1 (0,7 %)	9 (6,5 %)	21 (15,2 %)	31 (22,46%)
	Муж	5 (3,62 %)	10 (7,24%)	2 (1,4%)	17 (12,31%)
Контрольная группа № 2 n = 49	Жен	2 (1,4 %)	7 (5,0 %)	19 (13,7%)	28 (20,28%)
	Муж	2 (1,4%)	10 (7,24%)	9 (6,5%)	21 (15,2%)
Исследуемая группа n = 41	Жен	1 (0,7%)	7 (5,0%)	4 (2,89%)	12 (8,69%)
	Муж	3 (2,1%)	15 (10,8%)	11 (7,9 %)	29 (21,01%)

В тактическом отношении для подтверждения диагноза и дифференциальной диагностики всем больным (100% наблюдений) выполнено дуплексное сканирование сосудов. При исследовании выявлялось наличие патологии глубоких вен стадия частичной или полной реканализации патологически измененного венозного сегмента.

Площадь язвенного дефекта измерялась методом плантографии и прозрачной градуированной пленкой, колебалась от 225 мм² до 12000 мм². В зависимости от площади ТЯ были распределены на малые, средние и большие как видно из таблицы №2.

Таблица 2

Группа	Малая ТЯ От 225 до 1700 мм ²	Средняя ТЯ От 1701 до 5900 мм ²	Большая ТЯ От 5901 до 12000 мм ²	Кол-во
Контр. № 1	23 (16,6%)	12 (8,6%)	13 (9,4%)	48 (34,7%)
Контр. №2	24 (17,3%)	12 (8,6%)	13 (9,4%)	49 (35,5%)
Исследуемая	21 (15,21%)	10 (7,2%)	10 (7,2%)	41 (29,7%)
Всего	68 (49,2%)	34 (24,6%)	36 (26,0%)	138 (100%)

Пациентам контрольной группы № 1 проводилось стандартное лечение препаратами пентоксифилин 5,0 мл на 200 мл физиологического раствора, 1 раз в сутки, препаратом реополиглюкин 100,0 мл №8, а т.ж. препаратом флеботонического ряда Детралекс в дозировке 1000 мг в сутки, антибактериальная и симптоматическая терапия курс лечения 10 дней.

Пациентам контрольной группы № 2 проводилось лечение препаратом «Вазaproстан» по стандартному методу: препарат вводили в/в по 60 мл на 200 мл физиологического раствора, капельно 1 раз в сутки, курсом 10 дней.

Пациентам исследуемой группы проводилось лечение способом экстракорпоральной фармакотерапии (патент РФ № 2328288 от 10 июля 2008 г.): больному с ТЯ нижних конечностей при ПТБ проводят забор аутокрови из вены в количестве 400 – 500 мл. Флаконы с эксфузированной и гепаринизированной кровью центрифугируют 15 минут со скоростью 2000 об/мин, после чего плазму эксфузируют. Эритроцитарную массу разводят 200 мл 0,9 % физиологическим раствором и возвращают больному внутривенным путем. В плазму крови больного, в количестве 200 мл, в гемакон добавляют препарат «Вазaproстан» в количестве 20 мг., полученную смесь ставят в термостат и инкубируют в экспозиции 20 мин при температуре 37 °С. Полученную смесь вводят внутривенно медленно капельно-больному в течение 2 – 3 часов, курс лечения 10 дней. Предлагаемый нами способ пролонгирует клинический эффект препарата за счет связывания его с белками (альбумин) плазмы и более длительной его циркуляции в крови.

Все полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики (Гланц С., 1998). Математические расчеты производили на вычислительном комплексе IBM – Pentium IV.

Результаты и обсуждение. Эффективность лечения определяли по времени заживления (степень краевой эпителизации, полная эпителизация, рубцевание) и уменьшения площади трофических язвенных дефектов. Уменьшению отека конечности.

У больных в подгруппах с малыми язвами к 3 – суткам лечения наблюдалась следующая динамика заживления язвенных дефектов: в контрольной группе № 1 процент заживления от исходных значений составил 9,88 %, в контрольной группе № 2 19,34 %, в исследуемой группе 19,73 %.

У больных в подгруппах со средними язвами к 3 – м суткам лечения наблюдалось следующая динамика заживления язвенных дефектов: в контрольной группе № 1 процент заживления от исходных значений составил 8,02 %, в контрольной группе № 2 процент заживления составил 11,71 %, в исследуемой группе процент заживления 12,41%.

У пациентов в подгруппах с большими язвами в контрольной группе № 1 процент заживления к 3 – м суткам от исходных значений составил 4,03 %, в контрольной группе № 2 процент заживления составил 8,43%, в исследуемой группе процент заживления составил 7,43 %.

У пациентов в подгруппах с малыми язвами к 7 – суткам лечения наблюдалась следующая динамика заживления язвенных дефектов: в контрольной группе № 1 процент заживления от исходных значений составил 21,03 %, в контрольной группе № 2 32,60 %, в исследуемой группе 42,44 %.

У больных в подгруппах со средними язвами к 7 – м суткам лечения наблюдалось следующая динамика заживления язвенных дефектов: в контрольной группе № 1 процент заживления от исходных значений составил 20,03 %, в контрольной группе № 2 19,82 %, в исследуемой группе 28,54 %.

У пациентов в подгруппах с большими язвами в контрольной группе № 1 к 7 - м суткам лечения, процент заживления от исходных значений составил 8,74 %, в контрольной группе № 2 14,51 %, в исследуемой группе 15,90 %.

У пациентов в подгруппах с малыми язвами к 10 – суткам лечения наблюдалась следующая динамика заживления язвенных дефектов: в контрольной группе № 1 процент заживления от исходных значений составил 32,16 %, в контрольной группе № 2 44,42 %, в исследуемой группе 62,37 %.

У больных в подгруппах со средними язвами к 10 – м суткам лечения наблюдалось следующая динамика заживления язвенных дефектов: в контрольной группе № 1 процент заживления от исходных значений составил 22,73 %, в контрольной группе № 2 31,85 %, в исследуемой группе 42,55 %.

У пациентов в подгруппах с большими язвами в контрольной группе № 1 к 10-м суткам лечения, процент заживления от исходных значений составил 13,39 %, в контрольной группе № 2 20,58 %, в исследуемой группе 24,17 %.

У больных исследуемой группы, с применением ЭКФТ по разработанному способу с малыми ТЯ к контрольному сроку лечения 10 – ым суткам отмечалось эпителизация до 62,37 %, со средними ТЯ до 42,55%, с большими ТЯ до 24,17 %, было отмечено уменьшение отека конечности, гиперпигментации, липодерматосклероза, к 2-3-м суткам. В исследуемой группе с малыми ТЯ полное заживление (отличный результат) в 27% случаях. Уменьшение ТЯ (хороший результат) в 73%, неудовлетворительных результатов не наблюдалось.

К сравнению в контрольной группе № 1 к контрольному сроку 10, лечения пациентов по известному способу с малыми ТЯ отмечалось эпителизация до 32,16 %, со средними ТЯ до 22,73 %, с большими ТЯ до 13,39 %. Снижение гиперпигментации, липодерматосклероза и отека конечности отмечалось в контрольной группе №1 к 12 – 14 м суткам. Полной эпителизации трофических язв в контрольной группе не наблюдалось.

К сравнению у пациентов в контрольной группе № 2 к контрольному сроку, лечения пациентов по известному способу с малыми ТЯ отмечалась эпителизация до 44,42 %, со средними ТЯ до 31,85%, с большими ТЯ до 20,58 %. Снижение гиперпигментации, липодерматосклероза и отека конечности отмечалось в контрольной группе №1 к 7 – 10 м суткам. Полной эпителизации трофических язв в контрольной группе № 2 не наблюдалось.

К сравнению у пациентов в исследуемой группе к контрольному сроку, лечения пациентов по известному способу с малыми ТЯ отмечалось эпителизация до 62,37 %, со средними ТЯ до 45,55 %, с большими ТЯ до 24,17 %. Снижение гиперпигментации, липодерматосклероза и отека конечности отмечалось в исследуемой группе к 3 – 7- м суткам. Полной эпителизации трофических язв в исследуемой группе не наблюдалось.

Выводы:

1. Предлагаемый способ лечения (ЭКФТ) с препаратом «Вазапостан» позволяет заживить или добиться адекватной эпителизации трофической язвы, в более короткие сроки, в сравнении с известными способами лечения.
2. Предлагаемый способ лечения (ЭКФТ) относительно прост в работе, позволяет в короткие сроки подготовить больного к оперативному лечению, улучшить отдаленные результаты лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алехин Д.И., Фокин Ал.Ан., Глазырин С.А. «Новые возможности применения простагландинов Е1 у больных с выраженной хронической недостаточностью» «Ангиология и сосудистая хирургия» - №3 2003(приложение).
2. Веденский А.Н. «Посттромботическая болезнь» Л. «Медицина» 1986 г.
3. Куликов В.П. «Цветное дуплексное сканирование в диагностике сосудистых заболеваний» – 1997 – Новосибирск.
4. Липницкий Е.М. «Лечение трофических язв нижних конечностей» 2001. С – 50 – 59
5. Сабельников В.В. «Вазапостан в лечении больных с декомпенсированных формами посттромботической болезни нижних конечностей» журнал «Регионарное кровообращение и микроциркуляция» 2005г.
6. Савельев В.С., Покровский А.В. и др. «Системная терапия венозных трофических язв» Ангиол. и сосуд. хир., 2002, 8, 4, 47-52.

УДК 616 – 005. 1 – 08 : 616 – 005.6 : 616 – 002. 44

СОСТОЯНИЕ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЁННОЙ ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ

Силкина О. А., Рубцов В. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра хирургических болезней ИПО*

Научные руководители: д.м.н., проф. Сухоруков А. М., асс. Лавров Р. Н.

Актуальность проблемы. Трофические язвы (ТЯ) при посттромботической болезни (ПТБ) составляют 14% от всех трофических язв и наиболее тяжело поддаются лечению. Современное консервативное лечение ТЯ при ПТБ основано на комплексном применении компрессионной (КТ) и фармакотерапии (ФТ), направленной на повышение тонуса венозных сосудов, улучшение лимфатического дренажа, коррекцию гемореологических нарушений, подавление адгезии и активации лейкоцитов, а т.ж. местное лечение (В.С. Савельев 2000 г., В.Ю.Богачев, 2006).

В патогенезе ПТБ немаловажную роль играют нарушения в системе гемостаза. Длительная активация гемокоагуляционного каскада в месте окклюзирующих и воспаленных сосудов (главным образом за счет активации ф. VII) и тромбоцитов эндогенными факторами – тканевым фактором (тромбопластином, лейкоцитарными протезами) приводит к длительной персистирующей тромбинемии в кровотоке и активации фибринолиза. Повышается уровень растворимых фибрин – мономерных комплексов (РФМК), комплекса тромбин – антитромбин III, появляются Д – димеры.

Системное поражение сосудистого эндотелия сопровождается снижением его антитромботического потенциала, возможностью образования фибрина, агрегатов клеток, нарушающих микроциркуляцию и провоцирующих, дистрофические нарушения в тканях. длительная активация фибринолиза в зоне блокады микроциркуляции постепенно приводит к истощению его резерва в общей циркуляции. Отмечается медленное снижение активности системы физиологических антикоагулянтов, повышения уровня тромбомодулина в плазме. Длительность течения, присоединение вторичных микробных осложнений определяет тяжесть, степень трофических расстройств и изменений системы гемостаза (И.М. Зубаиров 2003 г.).

Исследование нарушений свертывающей системы крови у больных с ПТБ, при лечении данной патологии имеет важное научно – практическое значение.

При выполнении исследований решались задачи:

1. Изучить исходные показатели свертывающей системы крови, маркеры тромбинемии, показатели активности тромбоцитов, системы – антитромбин III (АТ III) и фибринолиза до лечения пациентов с ПТБ, ТЯ.
2. Оценить диагностическое значение отдельных тестов у пациентов с ПТБ, ТЯ.

Материалы и методы. В период с 2002 по 2007 годы в хирургической клиники ИПО КрасГМУ на базе отделения сосудистой хирургии ГКБ № 20 и МСЧ № 96 пролечено 138 больных с ТЯ при ПТБ. У всех пациентов декомпенсация хронической венозной недостаточности проявлялась в виде липодерматосклероза, гиперпигментации, экссудативного дерматита, открытой трофической язвы. В зависимости от способа лечения все больные распределены на 3 группы контрольную № 1, контрольную № 2 и исследуемую. Распределение в группах пациентов по возрасту и полу видно из таблицы №1.

Таблица 1

Распределение в группах пациентов по возрасту и полу

	пол	До 40	41- 60 лет	Старше 60 лет	Итого
Контрольная группа № 1 n = 48	Жен	1 (0,7 %)	9 (6,5 %)	21 (15,2 %)	31 (22,46%)
	Муж	5 (3,62 %)	10 (7,24%)	2 (1,4%)	17 (12,31%)
Контрольная группа № 2 n = 49	Жен	2 (1,4 %)	7 (5,0 %)	19 (13,7%)	28 (20,28%)
	Муж	2 (1,4%)	10 (7,24%)	9 (6,5%)	21 (15,2%)
Исследуемая группа n = 41	Жен	1 (0,7%)	7 (5,0%)	4 (2,89%)	12 (8,69%)
	Муж	3 (2,1%)	15 (10,8%)	11 (7,9 %)	29 (21,01%)

В контрольной группе № 1 преобладали пациенты женского пола, старше 60 лет которые составили 15,2% (n=21) и мужчины до 60 лет, что составило 7,24% (n=10). В контрольной группе № 2 преобладали пациенты женского пола старше 60 лет 13,7% (n=19) и мужчины до 60 лет, что составило 7,24% (n=10). В исследуемой группе наибольшее количество составили женщины до 60 лет, что составило 5,0% (n=7) и мужчины в возрасте до 60 лет, что составило 10,8 % (n=15).

В контрольную №1, контрольную №2 и исследуемую группы отбирались больные по основному критерию: клинически и инструментально доказанной ПТБ и наличию ТЯ, которые соответствуют классификации хронической венозной недостаточности СЕАР 6 классу, отек, липодерматосклероз, гиперпигментация, открытая трофическая язва.

В тактическом отношении для подтверждения диагноза и дифференциальной диагностики всем больным (100% наблюдений) выполнено дуплексное сканирование сосудов. При исследовании выявлялось наличие патологии глубоких вен стадия частичной или полной реканализации патологически измененного венозного сегмента.

Всем пациентам с ТЯ при ПТБ, проводилось исследование показателей гемостаза. Всем больным забор крови для исследования системы гемостаза (коагулограммы) осуществляли трехкратно, за период 10 суток, до лечения на 5 – е сутки, во время лечения и на 10 – е сутки, после завершения лечения.

Исследования системы гемостаза проводилось с использованием традиционных базисных и коагуляционных тестов:

- 1) Протромбиновое время по Quicka G (1937 г.)
- 2) Количество определения фибриногена по Р.А. Рутберг (1937 г.)
- 3) Агрегация тромбоцитов с АДФ 2,5 мкг/мл по Born (1962 г.)
- 4) Гепарин – кофакторная активность АТ III по экспресс АТ – тесту.
- 5) Ха – зависимый лизис по методу Г.Ф. Еремину и А.Г. Архипову 1981 г., хагеман калликреин зависимый фибринолиз.
- 6) Метод исследования эуглобулинового лизиса (ЭЛИЗ) с расчетом резерва плазминогена 1986 г.
- 7) ОФТТ по Елыкомову В.А., Момоту А.П., 1987 г.
- 8) Агрегация тромбоцитов на агрегометре «Biola» с использованием реактивов фирмы «Технология – стандарт» и «Реном».

Показатели свертывающей системы крови сравнивались между группами пациентов и контрольной группой здоровых доноров (n = 90), как видно из таблицы № 2

Таблица 2

Исходные показатели системы гемостаза у больных с ПТБ, ТЯ

Показатели	Исходные показатели контрольной группы №1 n = 48	Исходные показатели контрольной группы №2 n = 49	Исходные показатели исследуемой группы n = 43	Контроль n = 30
ОФТТ мкг%	8,06 ± 0,1*	6,07 ± 0,2*	8,41 ± 0,2*	1,75 ± 0,05*
АЧТВ, сек	41,62 ± 1,2**	40,33 ± 1,2**	40,34 ± 1,6**	40 ± 1,6**
Каолиновое время, сек	56,88 ± 0,2*	60,14 ± 0,2*	57,78 ± 0,3*	55,0 ± 0,4*
ПИ, %	97,22 ± 2,2**	90,69 ± 3,2**	96,69 ± 2,0**	98,5 ± 2,2**
ТВ, сек	15,58 ± 0,2*	16,29 ± 0,2*	16,17 ± 0,2*	14,9 ± 0,2*
Фибриноген, г/л	4,37 ± 0,4*	4,20 ± 0,2*	4,40 ± 0,2*	3,0 ± 0,2*
Тг, х 10 9 /л	250,5 ± 19**	225,86 ± 18**	217,66 ± 19**	243,0 ± 20,8**

СА – АДФ, %	41,60 ± 2,4**	57,71 ± 4,4**	46,15 ± 4,4**	44,0 ± 3,1**
R, ед	8,10 ± 0,2*	9,32 ± 0,2*	7,80 ± 0,2*	8,28 ± 1,6**
Активность АТ III, %	101,64 ± 3,5**	100,55 ± 1,5**	102,46 ± 1,3**	100,8 ± 0,3*
Ха – 3Ф, мин	17,08 ± 0,4*	16,88 ± 0,4*	18,71 ± 0,2*	5,6 ± 0,2*
ЭЛИС, сек	64,76 ± 10,2**	48,20 ± 6,2**	64,76 ± 4,2**	80,0 ± 4,4**
ИРП, %	56,88 ± 2,4**	60,14 ± 1,4**	57,78 ± 2,4**	103,0 ± 1,1**

Примечание: * P < 0,01, ** P < 0,05

Все полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики. (Гланц С., 1998). Математические расчеты производили на вычислительном комплексе IBM – Pentium IV.

Результаты и обсуждения: Изучение исходных коагулологических параметров пациентов выявило повышение уровня РФМК до 8,06 мг/100мл – свидетели легкой тромбинемии в кровотоке.

Суммарная активность факторов свертывания, оцениваемая по АПТВ – не различалась с контролем и составляла 40 – 41,6 сек ± 1,2 (N - 40 ± 1,6), p < 0,01.

Внешний механизм свертывания крови оценивался, по протромбиновому времени (ПВ), с подсчетом протромбинового индекса (ПИ). Активность факторов протромбинового комплекса не различались с контролем - 97,2 ± 2,2%, (N - 98,5 ± 2,2%), p < 0,01.

Конечный этап свертывания, оцениваемый по тромбиновому времени был одинаков, не различался с контролем – 15,5 ± 0,2 сек (N - 14,0 ± 0,2), p < 0,01.

Концентрация фибриногена в плазме у пациентов с ПТБ в 1,4 раза превышала нормативные показатели, что характеризовало высокую активность воспалительного процесса – 4,4 ± 0,2 г/л (N - 2,8 ± 0,2), p < 0,01.

Исследование индуцированной агрегации тромбоцитов с АДФ выявило, что у 49 пациентов (35,5%) отмечено повышение степени агрегации (СА) тромбоцитов на 29,5% от нормы, СА тромбоцитов составляла 57,71 ± 4,4 %, (N - 44,0 ± 6,1), p < 0,05. У 89 пациентов (64,4%) СА тромбоцитов составила в среднем 41,6 – 46,15 %, что не отличалось от нормы (N - 44,0 ± 6,1), p < 0,05. Отмечалась патологическая гиперагрегация тромбоцитов, с повышением СА на 29,5% (p < 0,01), что свидетельствовало о дисфункции эндотелия сосудов.

Фибринолитическая система крови исследована путем определения ХIIа – калликреин – зависимого фибринолиза, расчетом индекса резерва плазминогена (ИРП). Применение вместе 2 - х методов исследования позволило разграничить истинный дефицит плазминогена или наличие его ингибиторов от дефицита фактора ХII, плазменного прекалликреина или высокомолекулярного кининогена.

Полученные данные показали, что ХIIа – 3Л значительно замедлен у всех пациентов – в среднем 2,8 раза (p < 0,01), по сравнению с контролем, и составил от 17,6 до 18,7 мин (N - 5,6 ± 0,25).

Определение ИРП свидетельствовало об уменьшении его уровня и активности у пациентов на 43,6% (ИРП составил в среднем 58,2%).

Однотипность изменений в обоих тестах характеризует угнетение фибринолитической активности крови, связанной со снижением уровня плазминогена, повышением уровня ингибиторов плазминогена, выделяющегося, из поврежденного эндотелия.

Выводы:

1. У пациентов с ПТБ наблюдалось напряженное функционирование системы гемостаза характеризующееся появлением в кровотоке во всех случаях легкого повышения уровня РФМК.

2. У всех пациентов наблюдалось повышение в 1,4 раза (p < 0,01) концентрации фибриногена – свидетеля активности воспалительного процесса.

3. У 49 пациентов (35,5%) пациентов выявлена патологическая гиперагрегация тромбоцитов, с повышением СА на 29,5% (p < 0,05), что свидетельствовало о дисфункции эндотелия сосудов.

4. Наиболее значимые изменения системы фибринолиза – его угнетение имело место у всех пациентов, при этом угнетение по ХIIа – 3Л в – 2,8 раза, снижение ИРП на 42 – 45% от нормы (P < 0,05).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баркаган З.С., А.П. Момот «Диагностика и контролируемая терапия нарушений гемостаза», Москва – 2001 г. 289 стр.
2. Васютков В.Д. «Сочетанное консервативное и хирургическое лечение венозных трофических язв». Ангиология и сосудистая хирургия 2002 г. N.3 (приложение) с 35-36.
3. Веденский А.Н. «Посттромботическая болезнь» Л. «Медицина» 1986 г.
4. Думпе Э.П., Ухов Ю.И., Швальб П.Г. «Физиология и патология венозного кровообращения нижних конечностей» М. Медицина 1982.
5. Зайчик А.Ш. «Общая патофизиология» Санкт – Петербург 2001.
6. Стойко Ю.М., Шайдаков Е.В. «Комплексное лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей в стадии трофических расстройств» 2003 г.

УДК 616 – 002. 44 – 085 – 089: 617. 58: 616. 14

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Силкина О. А., Рубцов В. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра хирургических болезней ИПО*

Научные руководители: д.м.н., проф. Сухоруков А. М., асс. Лавров Р. Н.

Актуальность проблемы. Тромбозы в системе нижней полой вены (НПВ) составляют 95% от всех венозных тромбозов. Тромбозы приводят в 90 – 96 % случаев к развитию посттромботической болезни (ПТБ). К стойкому нарушению венозной гемодинамики в глубоких венах нижних конечностей, следствием, которого является хроническая венозная

недостаточность (ХВН), конечным результатом которой является трофические язвы (ТЯ) нижних конечностей. ТЯ при ПТБ составляют 14% от всех трофических язв и наиболее тяжело поддаются лечению (В.С.Савельев, Е.Г. Яблоков, А.И. Кириенко 2001 г).

Хирургическая коррекция нарушения венозной гемодинамики при ПТБ осложнена и не всегда представляется возможным. Даже при успешной хирургической коррекции практически во всех случаях требуется поддерживающее консервативное лечение.

Современное консервативное лечение ТЯ при ПТБ основано на комплексном применении компрессионной терапии, фармакотерапии (ФТ), направленной на повышение тонуса венозных сосудов, улучшение лимфатического дренажа, коррекцию гемореологических нарушений, подавление адгезии и активации лейкоцитов с блокадой медиаторов воспаления, местное лечение (В.Ю.Богачев, 2006).

В настоящее время особый интерес в рамках сосудистой и общей хирургии представляет лечение ТЯ венозной этиологии при ПТБ с помощью ФТ препаратами простагландинов (ПГ) и эндоскопического метода коррекции венозной гемодинамики, рациональное сочетание которых позволяет эффективно воздействовать как на местном, так и системном уровне.

В связи с этим научной и практической точки зрения представляет интерес комбинированного хирургического лечения ТЯ при ПТБ с использованием экстракорпоральной фармакотерапии (ЭКФТ) препаратами простагландинов с последующей оперативно-щадящей тактики лечения с использованием малоинвазивного метода эндоскопической дессекции перфорантных вен, зоны трофических нарушений.

Учитывая выше сказанное, актуальность проблемы свидетельствует о необходимости не только дальнейшего совершенствования существующих методов лечения, ТЯ при ПТБ, но и поиска новых эффективных способов и методов, как консервативного, так и оперативного лечения.

Цель работы: Разработать новый комбинированный способ лечения трофических язв при посттромботической болезни с использованием экстракорпоральной фармакотерапии препаратом ПГ Е1 «Вазапостан» и оперативно-щадящей тактики лечения эндоскопической дессекции перфорантных вен (SEPS) зоны трофических нарушений.

Задачи:

1. Разработать новый способ лечения трофических язв при посттромботической болезни, методом экстракорпоральной фармакотерапии препаратом ПГ Е1 «Вазапостан».
2. Сравнить результаты стандартных способов лечения со способом экстракорпоральной фармакотерапии препаратом ПГ Е1 «Вазапостан».
3. Провести оперативно - щадящую операцию, эндоскопическую дессекцию перфорантных вен (SEPS) зоны трофических нарушений, после экстракорпоральной фармакотерапии препаратом ПГ Е1 «Вазапостан».

Материалы и методы. В период с 2002 по 2007 годы в хирургической клиники ИПО КрасГМА на базе отделения сосудистой хирургии ГКБ № 20 и МСЧ № 96 пролечено 138 больных с ТЯ при ПТБ. У всех пациентов декомпенсация хронической венозной недостаточности проявлялась в виде липодерматосклероза, гиперпигментации, экссудативного дерматита, открытой трофической язвы. В зависимости от способа лечения все больные распределены на 3 группы контрольную № 1, контрольную № 2 и исследуемую. Распределение в группах пациентов по возрасту и полу видно из таблицы №1.

В контрольную №1, контрольную № 2 и исследуемую группы отбирались больные по основному критерию: клинически и инструментально доказанной ПТБ и наличии ТЯ, которые соответствуют классификации хронической венозной недостаточности СЕАР 6 классу, отек, липодерматосклероз, гиперпигментация, открытая трофическая язва.

Таблица 1

	пол	До 40	41- 60 лет	Старше 60 лет	Итого
Контрольная группа № 1 n = 48	Жен	1 (0,7 %)	9 (6,5 %)	21 (15,2 %)	31 (22,46%)
	Муж	5 (3,62 %)	10 (7,24%)	2 (1,4%)	17 (12,31%)
Контрольная группа № 2 n = 49	Жен	2 (1,4 %)	7 (5,0 %)	19 (13,7%)	28 (20,28%)
	Муж	2 (1,4%)	10 (7,24%)	9 (6,5%)	21 (15,2%)
Исследуемая группа n = 41	Жен	1 (0,7%)	7 (5,0%)	4 (2,89%)	12 (8,69%)
	Муж	3 (2,1%)	15 (10,8%)	11 (7,9 %)	29 (21,01%)

В тактическом отношении для подтверждения диагноза и дифференциальной диагностики всем больным (100% наблюдений) выполнено дуплексное сканирование сосудов. При исследовании выявлялось наличие патологии глубоких вен стадия частичной или полной реканализации патологического измененного венозного сегмента. Таким образом, у всех пациентов трех групп выявлено высокое поражение глубокой венозной системы нижних конечностей.

Площадь язвенного дефекта измерялась методом плантографии и прозрачной градуированной пленкой, колебалась от 225 мм² до 12000 мм². В зависимости от площади ТЯ были распределены на малые, средние и большие как видно из таблицы № 2.

Таблица 2

Группа	Малая ТЯ От 225 до 1700 мм ²	Средняя ТЯ От 1701 до 5900 мм ²	Большая ТЯ От 5901 до 12000 мм ²	Кол-во
Контр. № 1	23 (16,6%)	12 (8,6%)	13 (9,4%)	48 (34,7%)
Контр. №2	24 (17,3%)	12 (8,6%)	13 (9,4%)	49 (35,5%)
Исследуемая	21 (15,21%)	10 (7,2%)	10 (7,2%)	41 (29,7%)
Всего	68 (49,2%)	34 (24,6%)	36 (26,0%)	138 (100%)

Для контроля регресса отека использовался метод легометрии. С помощью прибора «Легометра» измерялась окружность голени в фиксированных точках н/3 непосредственно в надлодыщечной области и с/3 голени, на 12 см выше лодыжек, на 3 и, 7 - е и 10 - е сутки.

Пациентам контрольной группы № 1 проводилось стандартное лечение препаратами пентоксифилин 5,0 мл на 200 мл физиологического раствора, 1 раз в сутки, препаратом реополиглюкин 100,0 мл №8, а т.ж. препаратом флеботонического ряда Детралекс в дозировке 1000 мг в сутки, антибактериальная и симптоматическая терапия курс лечения 10 дней.

Пациентам контрольной группы № 2 проводилось лечение препаратом «Вазaproстан» по стандартному методу: препарат вводили в/в по 60 мл на 200 мл физиологического раствора, капельно 1 раз в сутки, курсом 10 дней.

Пациентам исследуемой группы проводилось лечение способом экстракорпоральной фармакотерапии (патент РФ № 2328288 от 10 июля 2008 г.): больному с ТЯ нижних конечностей при ПТБ проводят забор аутокрови из вены в количестве 400 – 500 мл. Флаконы с эксфузированной и гепаринизированной кровью центрифугируют 15 минут со скоростью 2000 об/мин, после чего плазму эксфузируют. Эритроцитарную массу разводят 200 мл 0,9 % физиологическим раствором и возвращают больному внутривенным путем. В плазму крови больного, в количестве 200 мл, в гемакон добавляют препарат «Вазaproстан» в количестве 20 мг., полученную смесь ставят в термостат и инкубируют в экспозиции 20 мин при температуре 37 °С. Полученную смесь вводят внутривенно медленно капельно-больному в течение 2 – 3 часов, курс лечения 10 дней. Предлагаемый нами способ пролонгирует клинический эффект препарата за счет связывания его с белками (альбумин) плазмы и более длительной его циркуляции в крови.

Все полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики (Гланц С., 1998). Математические расчеты производили на вычислительном комплексе IBM – Pentium IV.

Результаты и обсуждение. Эффективность лечения определяли по времени заживления (степень краевой эпителизации, полная эпителизация, рубцевание) и уменьшения площади трофических язвенных дефектов. Уменьшению отека конечности.

В результате, у больных исследуемой группы, лечение способом экстракорпоральной фармакотерапии с применением по разработанному способу, в подгруппе с малыми трофическими язвами к контрольному сроку лечения 10 – ым суткам отмечалось эпителизация до $62,37 \% \pm 11,44$ ($p < 0,01$), что в 2 раза превышает положительный клинический эффект терапии, по сравнению с контрольной группой № 1, по известному способу без применения препарата «Вазaproстан», и в 1,5 раза, лечение пациентов контрольной группы № 2, по известному способу с применением препарата «Вазaproстан» в дозе 60 мг. В подгруппе, исследуемой группы, со средними ТЯ отмечалась эпителизация до $42,55 \% \pm 9,33$ ($p < 0,01$), что в 2 раза превышает положительный клинический эффект терапии, по сравнению с контрольной группой № 1 и в 0,5 раза, лечение пациентов контрольной группы №2. В подгруппе, исследуемой группы пациентов, с большими ТЯ отмечалась эпителизация до $24,17 \% \pm 5,76$ $p < 0,01$, что в 2 раза превышает положительный клинический эффект терапии, по сравнению с контрольной группой № 1 и в 0,5 раза, лечение пациентов контрольной группы №2.

Степень регресса отека, у больных исследуемой группы, лечение способом экстракорпоральной фармакотерапии с применением, по разработанному способу, препарата «Вазaproстан» в дозе 20 мг, к контрольному сроку лечения 10 – ым суткам, от исходных показателей, в н/3 составил $25,40 \% \pm 1,79$ $p < 0,01$, в с/3 составил $26,28 \% \pm 1,79$ $p < 0,01$, что в 2,5 раза, превышает положительный клинический эффект терапии, по сравнению с контрольной группой № 1 и в 0,5 раза, лечение пациентов контрольной группы № 2.

Последующим этапом лечения больным исследуемой группы проводилось оперативное лечение в виде эндоскопической диссекции перфорантных вен (SEPS).

Выводы:

3. Разработанный способ лечения ЭКФТ относительно прост в работе, позволяет в короткие сроки подготовить больного к оперативному лечению.

4. В сравнении результатов, эпителизация трофических язв в 2,5 раза быстрее протекает в исследуемой группе, чем контрольной № 1 и в 1,5 раза, чем в контрольной № 2, регресс отека наиболее выражен также в исследуемой группе, чем в контрольной № 1 и контрольной № 2.

5. Последующая оперативно-щадящая тактика эндоскопической диссекции перфорантных вен позволяет минимизировать операционную травму и сократить риск послеоперационных осложнений, обеспечивает безопасное хирургическое вмешательство даже при открытых трофических язвах.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Васютков В.Д. «Сочетанное консервативное и хирургическое лечение венозных трофических язв». Ангиология и сосудистая хирургия 2002 г. N.3 (приложение) с 35-36.
2. Веденский А.Н. «Посттромботическая болезнь» Л. «Медицина» 1986 г.
3. Липницкий Е.М. «Лечение трофических язв нижних конечностей» 2001. С. – 50 – 59
4. Сабельников В.В. «Вазaproстан в лечении больных с декомпенсированных формами посттромботической болезни нижних конечностей» журнал «Регионарное кровообращение и микроциркуляция» 2005 г.
5. Ферстрате М., Фермилан Ж. Тромбозы «Медицина»- Москва 1986 г.

УДК 618. 14 -006. 6 -089

МИОМА МАТКИ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Симашко Е. Н.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета*

Научный руководитель: д.м.н., проф. Цхай В. Б.

Введение: Миома матки (ММ) – одно из самых частых доброкачественных заболеваний внутренних половых органов женщин. У женщин старше 35 лет частота миомы матки составляет 17-25%, то есть она встречается у каждой четвертой / пятой [5]. По данным Е.М. Вихляевой (1997) в возрасте 36-55 лет миома матки составляет 90% от всех опухолевых гинекологических заболеваний. По данным аутопсии у женщин в постменопаузе миома матки встречается в 70-80% [3, 9].

Миома матки является доброкачественной, капсулированной опухолью, происходящей из гладкомышечных и соединительнотканых элементов с преобладанием в опухоли мышечных элементов. Миома матки, как правило, имеет моноклональный характер, т.е. растёт из одной клетки или одного клона клеток, что характерно для опухолей. В большинстве случаев закладывается сразу несколько очагов роста (множественная миома) [5, 8].

В последние десятилетия отмечается увеличение частоты встречаемости данной патологии у молодых женщин. В связи с наметившейся тенденцией реализовать репродуктивную функцию в более позднем возрасте все чаще гинекологам приходится сталкиваться с необходимостью лечения миомы матки наиболее щадящими методами, позволяющими восстановить репродуктивную функцию [6, 7].

Использование современных методов лечения на ранних этапах развития миомы матки позволяет прекратить развитие заболевания, привести к его регрессу и не допустить в дальнейшем возникновение репродуктивных потерь, обусловленных миомой [1, 2, 4, 6].

В настоящий момент можно выделить три подхода к органосохраняющему лечению миомы матки: 1. консервативно-пластический: миомэктомии (лапаротомные, лапароскопические, гистерорезектоскопии), может комбинироваться с эмболизацией маточных артерий; 2. временно-регрессионный: агонисты ГнРГ, мифепристон, комбинированные оральные контрацептивы (целесообразно при лечении маленьких узлов в составе 2-х этапной схемы, в перименопаузе, в качестве профилактики рецидивов после миомэктомии); 3. стабильно-регрессионный (ишемический): эмболизация маточных артерий, лапароскопическая окклюзия маточных артерий (эти методы могут быть использованы у женщин, имеющих репродуктивные планы) [5].

Целью настоящего исследования явился анализ анамнестических, клинических факторов, а так же особенностей операции консервативной миомэктомии у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе гинекологического хирургического отделения МУЗ ГБ № 6 им. Н.С. Карповича г. Красноярск, являющейся клинической базой кафедры перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета КрасГМУ. Методом сплошной выборки в исследование были включены все женщины репродуктивного возраста, которым была произведена операция консервативной миомэктомии лапаротомным доступом - всего 21 случай, в 2008 году. В исследование не вошли случаи радикальных оперативных вмешательств у пациенток с миомой матки, а также случаи лапароскопической и резектоскопической миомэктомии.

Полученные результаты: Возраст женщин, подвергшихся исследованию, колебался от 27 до 43 лет. Средний возраст составил 35 лет.

Помимо миомы матки у 18 (86 %) женщин имелись прочие гинекологические заболевания: аденомиоз - у 10 (48%); истинные опухоли и кисты яичника - у 6 (29%); хронический аднексит вне обострения - у 9 (43%); кольпит, бактериальный вагиноз - у 1 (5%); патология шейки матки (осложнённая эктопия, эктропион) - у 8 (38%); хронический эндометрит - у 5 (24%).

У 3 (14%) женщин в анамнезе было бесплодие: у двух - первичное, и у одной больной- вторичное.

4 (19%) женщин имели отягощенную наследственность по миоме (ближайшие родственники по женской линии так же страдали миомой матки). У 3 (14%) женщин имело место ожирение.

Анализ репродуктивного анамнеза показал, что у 9 (43%) женщин было от 2 до 4 беременностей, у 3 (14%) по одной и у 6 (29%) более пяти, родами из которых закончились 17 (81%). У 14 (67%) женщин имели место аборт, преимущественно до 12 недель беременности.

Анализируя данные заболевания, было выявлено, что впервые диагноз миома матки был поставлен до 25 лет - у 1 (5%), до 30 лет - у 6 (29%), до 35 лет - у 8 (38%), после 35 лет - у 6 (29%) женщин. Из них множественную миому имели 9 (43%) пациенток.

Во время операции количество, размеры и локализация узлов были уточнены.

Количество миоматозных узлов было: одиночный - у 12 (57%) женщин, до трёх - у 7 (33%), до десяти - у 1 (5%), более десяти - у 1 (5%). По направлению роста узлы были: субсерозные - у 8 (38%) женщин, субмукозные - у 1 (5%), интрастициальные - у 7 (33%), с различной локализацией - у 5 (24%).

Размеры узлов были : до 3см - у 3 (14%) пациенток, до 5см - у 6 (29%), до 8см - у 5 (24%), до10см - у 2 (10%), более10см - у 5 (24%).

Во всех анализируемых случаях всем женщинам была проведена консервативная миомэктомия лапаротомным доступом.

Длительность операций колебалась: от 60 мин - у 7 (33%), до 120 мин - у 5 (24%). Кровопотеря составила не более 400мл. Все диагностированные узлы были удалены.

Ушивание разрезов на матке осуществлялось с помощью современных синтетических нитей: Vicril (0, 00,I) и PDS (00). С целью профилактики спаечного процесса во время операции раны на матке после их ушивания отгораживались противоспаечным барьером INTERCEED (Johnson & Johnson).

Послеоперационный период у 100% женщин протекал без осложнений. После выписки 13 (62%) женщинам назначено лечение (Люкрин – Депо 3,75 мг в/м № 3, КОК: Жанин, Новинет) длительностью от 3 до 6 месяцев.

Выводы:

1. Операции консервативной миомэктомии показаны пациенткам репродуктивного возраста, так как позволяют сохранить детородную и менструальную функцию, а также избежать постгистерэктомического синдрома.

2. Операции консервативной миомэктомии показаны пациенткам репродуктивного возраста с бесплодием, которое доказательно связано с миомой матки.

3. Женщинам, планиующим рождение детей после консервативной миомэктомии, показано хирургическое вмешательство только лапаротомным доступом, обеспечивающее максимальную состоятельность послеоперационного рубца на матке (в отличие от лапароскопической консервативной миомэктомии).

4. Опыт показывает, что попытки использования консервативных способов терапии миомы матки, у женщин молодого репродуктивного возраста, сопровождаются производством различных хирургических вмешательств на матке в более позднем возрасте, причем большинство пациенток подвергаются удалению матки.

5. Целесообразно во время лапаротомии использовать современные шовные материалы и противоспаечные барьеры.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бреусенко В. Г., Краснова И. А., Капранов и др. Некоторые дискуссионные вопросы эмболизации маточных артерий при миоме матки // Акушерство и гинекология. – 2006. - №3. – С.26-29.
2. Долецкая Д. В., Ботвин М. А., Побединский Н. М., Кириллова Т. Ю. Оценка качества жизни у больных с миомой матки после различных видов хирургического лечения // Акушерство и гинекология. – 2006. - №1. – С.10-12.
3. Киселев В. И., Муйжнек Е. Л. Роль метаболитов эстрогенов в канцерогенезе репродуктивных органов // Акушерство и гинекология. – 2006. - №3. – С.55-62.
4. Коков Л. С., Самойлова Т. Е., Гус А. И., Волков Н. И., Кулабухова Е. А. Эмболизация маточных артерий — перспективный метод лечения больных лейомиомой матки // Акушерство и гинекология. – 2005. - №4. – С.35-40.
5. Миома матки (Современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения) / Под ред. И.С. Сидоровой – М.: Медицинское информационное агентство, 2002. – 256 с.
6. Тихомиров А.Л. Новые неинвазивные подходы к органосохраняющему лечению миомы матки // Мать и дитя: Материалы 9-го научного форума. – М., 2007.
7. Goodwin S.C., Spies J.B., Worthington-Kirsch R. et al Uterine artery embolization for treatment of leiomyomata: Long-term outcomes from the FIBROID registry // Obstet. Gynecol. – 2008. – V.111. – №1. – P.22 - 33.
8. Hodge J.C., Quade B.J., Rubin M.A. et al. Molecular and cytogenetic characterization of plexiform leiomyomata provide further evidence for genetic heterogeneity underlying uterine fibroids // Am. J. Pathol. – 2008. – V.172. – № 5. – P.1403 - 1410.
9. Somigliana E., Vercellin P., Daguti R. Fibroids and female reproduction: a critical analysis of the evidence // Hum. Reprod. Update. – 2007. – V.13, N5. – P. 465 - 476.
10. Tropeano G., Amoroso S. Non-surgical management of uterine fibroids // Hum. Reprod. Update. – 2008. – V.14, №3. – P. 259 - 274.

УДК 616-006-053 (470.323)

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У ДЕТЕЙ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Скоробогатых Ю. С.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра онкологии

Научный руководитель: д.м.н., проф. Куденцова Г. В.

Этиология злокачественных новообразований у детей изучена достаточно хорошо. Однако каждый регион имеет свои особенности развития неоплазий в детской популяции. Целью данного исследования явился анализ эпидемиологических показателей, а также причин злокачественных новообразований у детей и подростков Курской области. Материалом для этого послужили данные анкет, медицинских карт и историй развития детей. Основную группу (больные) составили 58 детей в возрасте от 0 до 18 лет, контрольную группу – 120 здоровых детей соответствующего возраста.

Заболеваемость злокачественными новообразованиями у детей и подростков Курской области составила 8,7 на 100 000 детского населения, что ниже аналогичного показателя в России (12 на 100 000) [1,2,3,4]. Распространенность злокачественных новообразований у подростков составила 42,8 на 100 000, что выше, чем у детей 0 – 14 лет (38,5 на 100 000 детского населения). Среди детей наибольшая распространенность отмечена для возрастной группы 10-14 лет (52,0 на 100 000 населения соответствующего возраста). В структуре злокачественных новообразований у детей и подростков преобладали опухоли кроветворной и лимфатической ткани - 33,7%, центральной нервной системы (ЦНС) - 21,4%, почек - 12,2%, симпатической нервной системы - 11,2%, костей - 9,2%, мягких тканей - 5%. Опухоли кроветворной и лимфатической ткани встречались одинаково часто во всех возрастных группах, опухоли ЦНС - преимущественно от 4 до 15 лет, нефробластомы и мягкотканые неоплазии – от 0 до 4 лет, симпатической нервной системы - от 0 до 9 лет. Костные саркомы и раки выявлялись чаще у подростков.

Мальчики страдали в 1,7 раз чаще злокачественными новообразованиями, чем девочки. Неоплазии выявлялись чаще среди детей Железногорского, Курского, Курчатковского районов. В 26% случаев у больных детей и только в 4% - у здоровых, родители являлись выходцами из одного села (что косвенно свидетельствует о вовлечении генетических факторов в процесс возникновения злокачественных опухолей). Экстрагенитальная патология матери зафиксирована в 68% и 35% у основной и контрольной групп соответственно. В 1,4 раза чаще отцы детей, имеющих онкологические заболевания, курили до зачатия. Патологически низкая (менее 9 кг) прибавка массы тела во время беременности отмечена у 28% матерей основной и 14% - контрольной группы. В 77% случаев основной группы и 53% - контрольной, беременность протекала с патологией. Следует отметить, что в основной группе чаще встречалась такая патология беременности, как многоводие, кровотечения во время беременности и патология плаценты. Преждевременные роды отмечались у 13% матерей основной и 6% - контрольной группы. Период новорожденности протекал с патологией у 36% детей, страдающих злокачественным новообразованием, и у 26% детей контрольной группы. Доля детей, имеющих при рождении вес более 4 кг, среди основной группы составила 11%, контрольной – 4%. Инфекционные заболевания беременной зарегистрированы у 18% и 6% матерей основной и контрольной групп соответственно. Онкологический анамнез отягощен у 32% семей основной группы и у 8% - контрольной.

По мнению родителей, причиной развития злокачественного новообразования у их ребенка, явилось в 59% - влияние вредных факторов окружающей среды, в 16% - травма, в 14% - наличие в семье родственников, страдающих злокачественным новообразованием, в 6% - спровоцировано ОРЗ, в 4% - воздействием во время беременности, в 2% - облучением матери или отца.

Таким образом, заболеваемость злокачественными новообразованиями в Курской области ниже, чем в Российской Федерации, а распространенность - выше, что свидетельствует о раннем выявлении детей с локализованными стадиями и адекватном лечении.

В возникновении опухолей у детей играют генетические и внешние воздействия. Выявление информативных критериев формирования злокачественных новообразований является научной базой для предотвращения развития и своевременного выявления детей группы риска.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аксель Е.М., Горбачева И.А. Злокачественные новообразования у детей // Вестник РОНЦ им. Н.Н.Блохина. – 2008. – Т.19, №2.
2. Бондарь, И. В. Злокачественные новообразования у детей: заболеваемость, смертность, продолжительность жизни. // Рос. онколог. журн. – 2002. - №1. – с. 43-44.

3. Давыдов М. И., Аксель Е. М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2004 г. // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. – 2006. – Т.17. - №3 (прил.) – с. 116-117.

4. Давыдов М. И., Аксель Е. М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2005 г. // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. – 2007. – Т.18. - №2 (прил.) – с. 136-139.

УДК 616.351-007.253-089

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ФЛЕГМОН ПОДДЕЛЬТОВИДНОГО И СУБПЕКТОРАЛЬНОГО КЛЕТЧАТОЧНЫХ ПРОСТРАНСТВ

Смачный А. А., Трожецкий А. Ю.

Ростовский государственный медицинский университет

Кафедра хирургических болезней № 4 ФПК и ППС, курс оперативной хирургии и клинической анатомии

Научный руководитель: д.м.н., проф. Татьянченко В. К.

Цель работы: улучшить результаты лечения больных с флегмонами поддельтовидного и субпекторального клетчаточных пространств путем своевременной диагностики стадий развития острого внутритканевого гипертензионного синдрома и применения в комплексе лечебных мероприятий ультразвуковой кавитации гнойных ран.

Материалы и методы: в основу клинического раздела работы положены результаты обследования 32 больных с флегмонами поддельтовидного и субпекторального клетчаточных пространств (20 больных вошли в основную группу и 12 – в группу сравнения). Из них лиц мужского пола – 80 %, женского – 20 %. Возраст больных колебался от 15 до 70 лет. Проводилось всестороннее клинико-лабораторное обследование. Внутритканевое давление определяли неинвазивно аппаратом «Градиент-4».

Результаты исследований: установлено, что во всех возрастных группах процесс начинался с появления болей, усиливающихся при движении в области плечевого пояса, припухлости и инфильтрата, ограничением подвижности в плечевом суставе, подъема температуры и ухудшения общего состояния. У больных всех возрастных групп с гнойно-воспалительными процессами мягких тканей поддельтовидного и субпекторального клетчаточных пространств отмечалась анемия, лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ. В то же время у больных пожилого возраста на фоне снижения показателя гемоглобина, числа эритроцитов и некоторого увеличения СОЭ, изменения в лейкоцитарной формуле были незначительными. Количество лейкоцитов не более $6-8 \times 10^9/\text{л}$, а в некоторых случаях отмечались лимфопения с токсической зернистостью. Во всех возрастных группах больных при поступлении в стационар отмечаются следующие изменения в биохимических анализах: при нормальных цифрах общего белка крови обращает на себя внимание диспротеинемия, которая выражается в гипоальбуминемии с относительным и абсолютным повышением показателей фракции G-2-глобулинов. У 70% больных реакция на С-реактивный белок была положительной или резко положительной. Как уже отмечалось, острые воспалительные процессы мягких тканей поддельтовидного и субпекторального клетчаточных пространств протекают при повышенном внутритканевом давлении. При этом степень повышения внутритканевого давления зависела как от характера строения фасциального футляра, так и от длительности заболевания. Так, гнойно-воспалительные процессы, локализующиеся в области поддельтовидного и субпекторального клетчаточного пространства, обычно сопровождаются большим подъемом внутритканевого давления. Нами установлено, что резкое увеличение градиента внутритканевого давления у больных с гнойно-воспалительными процессами наступает с 6-го дня при локализации процесса в субпекторальном и с 4-го дня при локализации в поддельтавидном клетчаточном пространстве. Клинический анализ историй болезни пациентов с разной давностью заболевания показал, что если вскрытие патологического очага не осуществлено до 4-5 суток, то у больных обычно наблюдаются симптоматика, выражающаяся в увеличении интенсивности болей, повышении потребностей в анальгетиках и локальной болезненности в области вовлеченных фасциальных футляров области поддельтовидного и субпекторального клетчаточных пространств при пассивном движении верхней конечности. У 12% больных, у которых вскрытие гнойника и подкожная фасциотомия были осуществлены через 10 дней от момента заболевания, в послеоперационном периоде отмечался вялый парез. Кроме того, все эти больные относились ко второму зрелому и пожилому возрасту. После вскрытия гнойника величина внутритканевого давления у этих больных снижалась, однако даже в момент выписки из стационара была на 10-15% выше исходного уровня. Мы считаем, что при установлении сопутствующего диагноза «острый внутритканевой гипертензионный синдром», единственным эффективным лечением помимо вскрытия полости гнойника является подкожная фасциотомия. Последняя была выполнена нами на 75% больных 1 клинической группы наблюдений. В зависимости от результатов микробиологических исследований больным назначали полусинтетические пенициллины широкого спектра действия, пенициллиназоустойчивые, цефалоспорины, полусинтетические аминогликозиды, полусинтетические тетрациклины. Для получения стойкого бактерицидного эффекта на грамположительную и грамотрицательную флору применяли сульфаниламидные препараты длительного действия (сульфопиридазин, сульфодиметоксин и др.). Для орошения раны широко использовали поверхностно-активные вещества (1% раствор диоксида, 0,002% раствор хлоргексидина). Дезинтоксикационная терапия, иммунотерапия, физиотерапия и общеукрепляющее лечение проводили у всех больных с гнойно-воспалительными процессами мягких тканей. У 12 больных (группа сравнения), поступивших в стационар, оперативное лечение выполнено под наркозом в день поступления. Операция заключалась в широком вскрытии гнойника, ревизии гнойной полости турундой с гидрофильными мазовыми препаратами (левосин, левомиколь, диоксиколь и др.) или гипертоническим раствором. Больные выписывались из стационара в удовлетворительном состоянии с очистившимися, гранулирующими поверхностными ранами. Средний срок пребывания в стационаре составил $11,96 \pm 0,71$ сутки. В анамнезе у 34% больных отмечались вялые парезы, болевой миофасциальный синдром и миогенные контрактуры.

Вывод: «открытый» метод ведения гнойной раны в сочетании с подкожной фасциотомией, обеспечивает благоприятные условия для лечения глубоких межмышечных флегмон поддельтовидной и субпекторальной области и прерывает развитие внутритканевого гипертензионного синдрома и его осложнений.

ОБОСНОВАНИЕ РАЦИОНАЛЬНОГО СПОСОБА ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Смирнова Я. В., Маленко Е. В., Костенко С. В., Пьянзин С. М., Золотухина В. М., Барашук О. А.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра стоматологии детского возраста, ортопедической стоматологии

Научные руководители: д.м.н. Брилль Е. А., д.м.н. Манашев Г. Г.

Организация эффективной борьбы с кариесом зубов в значительной мере зависит от того, насколько хорошо изучена распространенность и интенсивность его поражения в каждом отдельном районе нашего города с учётом экологических, социальных и иных факторов, влияющих на уровень распространения этого заболевания.

Актуальность проблемы: Кариесом поражено практически все населения планеты, что определяет не только его клиническое, но социальное значение. В настоящее время назрела острая необходимость широкого внедрения профилактики кариеса, так как невозможно добиться его снижения только лечебными мероприятиями. Для составления программ профилактики и их реализации требуется изучение распространенности кариеса, на основании которых можно планировать необходимые ресурсы, персонал и т.д.

Цель исследования: Повышение эффективности профилактики кариеса зубов у детей дошкольного возраста путём разработки рационального способа гигиены полости рта.

Задачи исследования:

1. Изучить фоновые показатели клинического состояния полости рта у детей дошкольного возраста.
2. Изучить в динамике состояние полости рта у детей дошкольного возраста на этапах обучения гигиеническому уходу за полостью рта.
3. Разработать способ чистки зубов у детей с экспериментальным обоснованием необходимого количества чистящих движений в каждом фрагменте зубного ряда.

Научная новизна: впервые у детей разработан способ чистки зубов с экспериментальным обоснованием необходимого количества чистящих движений в каждом фрагменте зубного ряда.

Практическая значимость: результаты исследования дают возможность использовать для обучения детей дошкольного возраста простой, удобный в использовании способ чистки зубов, который легко усваивается детьми и ими же количественно контролируется.

Материалы и методы: Объект исследования: нами было проведено стоматологическое обследование 60 детей дошкольного возраста 5-6 лет. Для обследования был взят детский сад центрального района г.Красноярска № 53 с двумя группами детей:

1. I группа детей (30 человек – контроль)
2. II группа детей (30 человек – эксперимент).

Исследование проводилось в период с сентября 2008 по март 2009г.

Для проведения профилактического осмотра использовали стоматологические инструменты (зонды, зеркала и пинцеты), раствор Люголя для определения гигиенического индекса по Фёдорову-Володкиной.

В начале исследования для разъяснения как важности правильной и регулярной гигиены полости рта в здоровье детей, было проведено:

1. Собрание с заведующей МДОУ
2. Собрание с воспитателями
3. Собрание с родителями.

Затем:

4. Проведение профилактического стоматологического осмотра.
5. Определение уровня гигиены полости рта (индекс Федорова-Володкиной).
6. Обучение детей I, II группы правилам чистки зубов на моделях Колгейт с использованием стиха.
7. Обучение детей I, II групп правилам чистки с использованием зубной пасты и зубной щетки (стих используется).
8. Обучение родителей и воспитателей II группы детей чистке зубов по разработанной методике на моделях.
9. Раздача воспитателям и родителям памяток о гигиене полости рта

На каждого ребенка была заведена карта обследования, в которую после каждого осмотра заносились сведения об индексе гигиене полости рта.

Для обучения детей правильной чистке зубов в исследование была введена методика обучения в стихотворной форме.

Родителям детей I, II группы в начале исследования были выданы карточки с данными профилактического осмотра их ребенка и текстом стихотворения. Обучение чистке зубов детей I группы проводилось в начале исследования, затем 1 раз в месяц укреплялись их навыки. Обучение чистке зубов детей II группы и их чистка зубов под контролем проводилась в течении всего исследования по 2 раза в неделю. Первую неделю обучение правилам чистки зубов в I, II группе проходило с использованием стиха и моделей Колгейт. В последующие недели – с использованием стиха, зубной пасты и зубной щетки.

Стих:

(На каждой группе зубов выполняется по пять движений).

Раз, два, три, четыре, пять,

Будим чистить и считать.

(Верхняя челюсть)

Раз – почистили за щёчкой (жевательная группа щёчная сторона)

Два – почистили внутри (жевательная группа, фронтальная группа небная сторона)

Три – улыбку отбелили (фронтальная группа)

А четыре подмели (жевательная поверхность).

Язычку почешем спинку

Улыбнемся и на **пять**, повторяем все опять.

(Нижняя челюсть)

Раз – почистили за щёчкой (жевательная группа, жевательная сторона)

Два – почистили внутри (жевательная группа, фронтальная группа язычная сторона)

Три – улыбку отбелили (фронтальная группа)

А четыре подмели (жевательная поверхность)

Улыбнемся и на **пять** щетку моем и (играть, гулять, в кровать на выбор).

Результаты и обсуждения:

Значение гигиенического индекса по Федорову - Володкиной

Месяц	I группа детей(контроль)	II группа детей (эксперимент).
Сентябрь	2.9 ± 0.1	2.9 ± 0.1
Октябрь	2.9 ± 0.1	2.7 ± 0.1
Ноябрь	2.9 ± 0.1	2.4 ± 0.1
Декабрь	2.8 ± 0.1	2.2 ± 0.1
Январь	2.8 ± 0.1	2.1 ± 0.1
Февраль	2.7 ± 0.1	2.1 ± 0.1
Март	2.7 ± 0.1	1.7 ± 0.1

В начале исследования (сентябрь 2008г.) индекс гигиены:

I группы детей (контроль) составил 2.9 ± 0.1 , что соответствует плохому уровню гигиены полости рта.

II группы детей (эксперимент) равен 2.9 ± 0.1 , что тоже относится к плохому уровню гигиены.

В конце исследования индекс гигиены:

I группы (контроль) равен 2.7 ± 0.1 , что относится к плохому уровню гигиены полости рта.

II группы (эксперимент) составил в конце исследования равен 1.7 ± 0.1 , что является показателем удовлетворительного уровня гигиены полости рта.

Вывод:

1. В ходе нашей работы установлено, что уровень индекса гигиены среди обследованных дошкольников достигает весьма высоких цифр, что соответствует плохому уровню гигиены полости рта.

2. Среднее значение индекса Федорова – Володкиной для I группы детей составило $2,9 \pm 0,1$, что является показателем плохой гигиены полости рта, для II группы детей среднее значение индекса гигиены равно 2.7 ± 0.1 , что соответствует верхней границы значений плохого уровня гигиены.

3. Нами разработан рациональный способ чистки зубов у детей дошкольного возраста, при помощи которого дети не только с удовольствием и интересом чистят зубы, но при этом сами могут контролировать правильность и продолжительность выполнения процедуры.

4. В результате нашей работы выявлено, что проведение в дошкольных учреждениях обучения правилам чистки зубов способствует снижению значений индекса гигиены, а следовательно уменьшает риск развития патологий твердых тканей зубов и тканей пародонта.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алимский А.В.//Новое в стоматологии.-2000.-№1.-С.37-39.
2. Леус П.А. Новые критерии оценки стоматологической помощи и задачи профилактики.//Новое в тер.детс.и хирург.стомат. – М.,1987. – Т.2 С.17-119.
3. Боровский Е.В.,Леус П.А., Леонтьев В.К. и др. //Эпидемиологическое обследование состояния полости рта населения: Метод.рекомендации. – М., 1985.
4. Леус П.А. Долгосрочное прогнозирование интенсивности кариеса зубов в связи с внедрением программ массовой профилактики. //Управление, организация, социально-экономические проблемы стоматологической службы страны. – М.,1991. – т.С.107 – 110.

УДК:613.221

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ВСКАРМЛИВАНИЯ

Смирнова А. В.

Уральская государственная медицинская академия

Научный руководитель: д.м.н., проф. Санникова Н. Е.

Вскармливание грудного ребенка материнским молоком является наиболее оптимальным способом обеспечения его пищевыми веществами при условии рационального питания кормящей женщины. Кроме необходимого количества нутриентов, ребенок получает и другие компоненты, находящиеся в материнском молоке: полиненасыщенные жирные кислоты, принимающие участие в миелинизации нервных волокон и развитии мозга, β -лактозу, незаменимую для пластических процессов формирования мозговой ткани и органа зрения и являющуюся субстратом для роста бифидобактерий в кишечнике ребенка, таурин, участвующий в процессах роста и дифференцировки клеток нервной системы, сетчатки глаз, иммуноглобулины, макрофаги, лимфоциты, нейтрофилы, лизоцим, защищающие ребенка от инфекций, бифидо- и лактобактерии, биологически активные вещества, регулирующие процессы метаболизма, роста и дифференцировки тканей. Общее количество белка в грудном молоке значительно ниже, чем в коровьем и меньше, чем в детских молочных смесях [3,4]. Естественное вскармливание снижает риск развития у ребенка в дальнейшем аллергических реакций, ожирения, гипертонии, сахарного диабета, атеросклероза. Грудное вскармливание обеспечивает не только оптимальное физическое развитие, оно способствует становлению психо - эмоционального развития и формированию гармонично развитой личности. Правильная организация вскармливания детей с рождения является основой профилактической педиатрии, поэтому важна образовательная работа среди медицинского персонала и населения.

За последние 6 лет в Свердловской области увеличилась численность детского населения в 1,3 раза: число детей до года в 2002 г. составило 38.577, а в 2008 г. - 50.304 человека. Уменьшилась младенческая смертность, в том числе и неонатальная: за 2002 г. показатель младенческой смертности составил 7,7 ‰, показатель неонатальной смертности - 3,8‰, а за 2008 г. - 7,4‰ и 3,4‰ соответственно. Увеличилась и остается на достаточно высоком уровне продолжительность грудного вскармливания: до 3-х месяцев - 78%, до 6 месяцев - 66%, до 12 месяцев - 60%.

Проведенные на кафедре пропедевтики детских болезней УГМА в 2002 – 2005 гг. исследования микронутриентной обеспеченности женщин в сроке 32 – 34 недели беременности показали наличие у большинства из них низкого содержания в сыворотке крови цинка (58%), магния (83%), селена (92%). Большинство женщин (92%) имели сочетанный дефицит 2-х и более микроэлементов. В раннем послеродовом периоде женщины продолжали оставаться в состоянии недостаточной микронутриентной обеспеченности, практически половина родильниц (45%) испытывала дефицит 3-х и более микроэлементов. Также обнаружена большая распространенность дефицита микроэлементов в грудном молоке: 52 – 82% женщин имели грудное молоко с недостаточным уровнем магния, селена, меди, цинка. У 1/3 женщин в молоке определялся сниженный уровень железа, у 43% имелся низкий уровень йода. Две трети (64%) имели сочетанный дефицит 2-х и более микроэлементов в молоке на ранних сроках лактации. При оценке состояния здоровья детей обращает на себя внимание высокая распространенность алиментарно-зависимых состояний (анемии, нарушений кальций-фосфорного обмена, хронических расстройств питания, дисбиоза кишечника) [1.2].

Железодефицитные состояния и железодефицитная анемия в паре «мать и дитя» являются в значительной степени взаимозависимыми. Уровни гемоглобина и сывороточного железа у ребенка существенно зависят от обеспеченности матери железом и содержания в грудном молоке цинка, йода, магния, селена. Наличие тиреоидной патологии во время беременности увеличивает риск структурных изменений щитовидной железы в периоде лактации и способствует более низкому содержанию йода в грудном молоке. Недостаточная йодная обеспеченность ребенка в постнеонатальном периоде влияет на темпы нервно-психического развития, повышает абсолютный риск формирования гипертензионно-гидроцефального синдрома, пирамидной недостаточности, рахита, энтероколита [1.2].

Цель исследования: провести мониторинг состояния здоровья детей первого года жизни, находящихся на различных видах вскармливания.

Задачи исследования:

1. Оценить уровень физического развития детей;
2. Оценить уровень нервно-психического развития детей;
3. Определить наличие алиментарно-зависимых состояний у детей, находящихся на различных видах вскармливания.

Материалы и методы. Нами проведено исследование состояния здоровья 123 детей первого года жизни, воспитывающихся в домашних условиях, находящихся на различных видах вскармливания. Все дети были разделены на 2 группы: I группа – дети, находящиеся на естественном вскармливании (62 ребенка), II группа – дети, находящиеся на искусственном вскармливании (61 ребенок). Среди обследованных детей мальчиков было 54,5%, а девочек – 45,5%. Комплексная оценка здоровья детей проводилась на основании анализа данных анамнеза и исследования объективного статуса. Всем детям были проведены лабораторные исследования (ОАК, ОАМ, копрограмма) и осмотры специалистов (невролог, окулист, хирург) в декретированные сроки. Оценка физического развития проводилась с использованием региональных центильных таблиц с определением уровня биологической зрелости и гармоничности морфо-функционального статуса. Для статистической обработки данных использовался пакет программ Microsoft XL и Statistica v.6.

Критериями включения в исследование являлись: доношенность, естественное вскармливание, искусственное вскармливание максимально адаптированными молочными смесями. Критерии исключения: недоношенность, искусственное вскармливание неадаптированными молочными смесями, органическая патология центральной нервной системы и врожденные пороки развития.

Результаты исследования и их обсуждение. По данным анамнеза установлено, что патологическое течение беременности отмечалось у 65,9% женщин. В 43,9% регистрировался гестоз легкой и средней степени тяжести, в 23,6% была обнаружена гипохромная анемия I степени, 18,7% женщин перенесли различные урогенитальные инфекции (уреаплазмоз, хламидиоз, микоплазмоз, ЦМВ, ВПГ - инфицирование), заболевания щитовидной железы имели 8,9% женщин, угроза прерывания беременности наблюдалась у 5,7%.

Средний показатель массы тела при рождении у детей I группы составил 3454,2±368г, что практически не отличалось от показателя массы тела при рождении у детей II группы (3467,9±557,4г). Средние показатели длины тела при рождении примерно одинаковы в сравниваемых группах: у детей, в дальнейшем находящихся на естественном вскармливании средняя длина тела при рождении составила 52,2 ±2,26 см, а у детей, в дальнейшем находящихся на искусственном вскармливании 52,1±2,41см.

При сравнении показателей массы тела в возрасте 6 месяцев отмечено, что она преобладает у детей, находящихся на искусственном вскармливании в среднем на 100г (8171,4±367,8г в I группе и 8046,7±345,3 г во II группе). Также имеется тенденция к увеличению показателя массы тела у детей в возрасте 12 месяцев, находящихся на искусственном вскармливании (10113,7±532,1г у детей I группы и 10430,3±554,2г у детей II группы), $p > 0,05$.

Показатель длины тела в возрасте 6 месяцев выше у детей, находящихся на искусственном вскармливании, на 0,4см (68,1±2,6см у детей I группы и 68,5±2,6см у детей II группы), а в 12 месяцев – не выявлено значимых различий в длине тела у детей сравниваемых групп (76,75±3,1см у детей I группы и 76,65±2,5см у детей II группы).

Физическое развитие по уровню биологической зрелости соответствовало паспортному возрасту (по длине тела, уровню нервно – психического развития, срокам прорезывания молочных зубов) в возрасте 6 месяцев у 58,1% детей, находящихся на естественном вскармливании и у 41,9% детей, находящихся на искусственном вскармливании, а в возрасте 12 месяцев – у 45,2% детей I группы и у 54,8% детей II группы (чаще за счет замедленных темпов прорезывания молочных зубов).

Морфо – функциональный статус был гармоничен у 61,3% детей, находящихся на естественном вскармливании и у 75,4% детей, находящихся на искусственном вскармливании. Масса ниже средней и низкая чаще встречалась у детей, находящихся на искусственном вскармливании (11,3% детей с низкой массой, 14,5% детей с массой ниже средней в I группе и 6,6% детей с низкой массой, 3,3% детей с массой ниже средней во II группе)

К 6 месяцам имели молочные зубы 15% детей I группы и 19,3% детей II группы, к году среднее количество молочных зубов в среднем составляло 6, независимо от вида вскармливания.

Всем детям была проведена оценка нервно – психического развития. В 6 месяцев к I группе нервно – психического развития относилось большинство детей: 97,4% детей, находящихся на естественном вскармливании и 96,8% детей, находящихся на искусственном вскармливании, II группу нервно – психического развития имели 2,6% и 3,2% соответственно. В возрасте 12 месяцев I группу нервно-психического развития имели 79,2% детей, находящихся на естественном вскармливании, и 82,8% детей, находящихся на искусственном вскармливании, II группу нервно-психического развития – 20,8% и 13,8% соответственно. Отставание в нервно-психическом развитии на один эпикризный срок диагностировалось чаще за счет задержки речевого и моторного развития.

Можно думать о том, что показанный выше дефицит отдельных микронутриентов, в первую очередь йода и железа, возможно оказывает влияние на показатели физического и нервно-психического развития детей.

Первый прикорм (фруктовый сок или фруктовое пюре) вводился раньше детям, находящимся на искусственном вскармливании – в 3,9 месяцев, тогда как детям, находящимся на естественном вскармливании, он вводился в 4,4 месяца. Следует отметить, что продукты промышленного производства использовались примерно у 50% семей.

Таблица 1

Сроки введения прикормов

Вид прикорма	Естественное вскармливание	Искусственное вскармливание
Фруктовый сок, фруктовое пюре	4,4 месяцев	3,9 месяцев
Каша	5,6 месяцев	5,5 месяцев
Овощное пюре	5,2 месяцев	4,2 месяцев

У обследованных нами детей выявлялись следующие алиментарно – зависимые состояния: гипохромная анемия, рахит, дисбактериоз кишечника, аллергический дерматит.

Гипохромная анемия I степени чаще встречалась у детей, находящихся на естественном вскармливании. В возрасте 6 месяцев анемия выявлялась у 21% детей I группы и у 16,6% детей II группы, в 12 месяцев соответственно – у 13 и 10,3% детей. Средний уровень гемоглобина в возрасте 6 месяцев был несколько выше у детей, находящихся на естественном вскармливании ($118,2 \pm 11,3$ г/л у детей I группы и $114,2 \pm 9,5$ г/л у детей II группы), а в возрасте 12 месяцев – у детей, находящихся на искусственном вскармливании ($115,7 \pm 12,1$ г/л у детей I группы и $122,0 \pm 12,0$ у детей II группы), $p > 0,05$.

Проявления рахита в возрасте 6 месяцев чаще регистрировались у детей, находящихся на естественном вскармливании (18,4% у детей I группы и 10% детей II группы). В возрасте 12 месяцев проявления рахита сохранялись лишь у 6,9% детей, находящихся на искусственном вскармливании и не выявлялись у детей, находящихся на естественном вскармливании.

Дисбактериоз кишечника в 6 месяцев чаще диагностировался у детей, находящихся на искусственном вскармливании (23,7% детей I группы и 26,7% детей II группы), в возрасте 12 месяцев отмечалась та же тенденция (8,7% детей I группы и 10,3% детей II группы).

Проявления аллергического дерматита в возрасте 6 месяцев имели 28,9% детей I группы и 23,3% детей II группы, что, по-видимому, связано с употреблением в пищу кормящей женщиной сенсibilизирующих продуктов. К году проявления аллергического дерматита одинаково часто встречались в двух сравниваемых группах детей (17,3%).

Проведенная комплексная оценка здоровья детей показала, что в возрасте 6 месяцев дети с I группой здоровья отсутствовали, к году к I группе здоровья было отнесено 25,5%, ко II группе здоровья – 74,5% детей.

Таким образом, проведенные нами исследования показывают значительные положительные результаты деятельности по поддержке грудного вскармливания в Свердловской области. В то же время остается весьма актуальным мониторинг состояния здоровья матери и ребенка и индивидуальный подход к коррекции их пищевого статуса с учетом нескольких уровней профилактики микронутриентной недостаточности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Санникова Н.Е., Вахлова И.В. Вскармливание детей первого года жизни [Текст]/Н.Е.Санникова, И.В.Вахлова. – Екатеринбург, 2002. – 59 с.
2. Вахлова И.В. Клиническое значение дефицита микронутриентов для здоровья матери и ребенка в Уральском регионе. Принципы профилактики и коррекции. Дисс. на соиск. ученой степени доктора медицинских наук [Текст]/ – Екатеринбург, 2005.
3. Капанова Е.И. и др. Основы вскармливания детей первого года жизни [Текст]/Е.И. Капанова. – Ростов-на-Дону:Феникс, 2008. – 87 с.
4. Фурцев В.И. и др. Вскармливание детей грудного возраста, лишенных материнского молока [Текст]/В.И.Фурцев. – М.:МЕДПРАКТИКА - М, 2005. – 217 с.

УДК 613.2 – 053,5

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ПИТАНИИ ПОДРОСТКОВ ПЕРМСКОГО КРАЯ

Смирнова Л. А., Чудинова Д. М., Никитина Е.А.

Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера

Кафедра преподавательской деятельности, факультетской педиатрии и сестринского дела в педиатрии

Научный руководитель: к.м.н., доц. Чиженко Н. И.

Актуальность. В последнее время в структуре питания детей России уменьшилось потребление наиболее ценных в биологическом отношении пищевых продуктов. Питание по натуральному и химическому составу не соответствует физиологическим нормам. Это обусловлено рядом с причинами социально- экономического характера, негативным влиянием факторов окружающей среды, серьезными недостатками в организации питания, неблагоприятными в ряде случаев условиями воспитания и обучения, не соответствующими гигиеническим нормативам и санитарным правилам, в том числе интенсификацией учебного процесса, распространением вредных привычек. Отклонения от физиологических норм могут способствовать росту заболеваемости, ухудшению состояния здоровья детей, посещающих организованные коллективы.

Цель работы – изучить особенности питания подростков, проживающих в Пермском крае.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 90 школьников, проживающих в г. Перми и в г. Кудымкаре Пермского края. Возраст опрошенных был от 14 до 17 лет и составил в среднем $15,5 \pm 0,5$ лет. В анкетировании приняли участие 52% мальчиков и 48% девочек.

Полученные результаты. У большей части семей (60%) социально-экономический статус соответствует среднему достатку, хотя достаточно и семей, в которых родители на данный момент безработные или находятся на пенсии, а значит достаток этих семей гораздо ниже среднего прожиточного минимума. Большинство подростков -75% воспитываются в полных семьях, 25 % живет в неполной семье. Причем для детей, проживающих в г. Кудымкаре, этот показатель выше и составляет 20 %. При оценке режима и характера питания было установлено, что большинство подростков питаются нерегулярно, в разное время – 65%, употребляют пищу всего лишь 1-2 раза в день 25% школьников. Отмечено, что для детей, проживающих в Кудымкаре, характерна большая приверженность к традиционному укладу жизни, что проявляется более регулярным и равномерным приемом пищи: все дети завтракают, обедают и ужинают, хотя качество пищи не соответствует возрастным нормам. Для детей, проживающих в мегаполисе, характерно «торопливое» отношение к еде. Большинство школьников не завтракают или ограничиваются одним бутербродом, отказываются от обеда, а в вечернее время - пища обильная. Проанализировав режим дня и характер питания городских школьников, мы пришли к выводу, что большинство основных мероприятий и прием пищи сдвигается на вторую половину дня и вечернее время. Было установлено, что школьники не могут правильно организовать свое питание в школе, хотя качество питания в школьной столовой и буфете по мнению школьников хорошее: 50% мальчиков г. Кудымкара и 60% девочек г. Перми не завтракают и не обедают в школе, связывая это с нехваткой времени. Несмотря на запреты на продажу определенной пищевой продукции в школах 80% школьников приобретают суррогатные продукты. Анализируя суточный и месячный набор пищевых продуктов у детей, проживающих в Пермском крае, было установлено, что большинство школьников не получают продукты, содержащие животный белок: натуральное мясо, рыбу, яйцо, в рационе преобладают колбасные изделия. Было установлено недостаточное поступление следующих пищевых продуктов: у 50% отмечается дефицит молочных продуктов, предпочтение отдается йогуртам и консервированным творожкам, имеющим длительный срок хранения и, соответственно, менее полезным; обращает на себя внимание выраженный дефицит свежих овощей и фруктов и замена большинства овощей на традиционный для Пермского края продукт – картофель. Практически для всех школьников характерно избыточное употребление кондитерских изделий (булочки, кексы, пирожные). Ассортимент продуктов однообразный, большинство получают горячее питание только один раз в день. Фруктовые соки в рацион питания многих включаются примерно 1-2 раза в неделю. Из напитков предпочтение отдается чаю, все опрошенные потребляют его ежедневно по несколько раз, во многом превышая норму.

Выводы: проведенные исследования выявили значительные нарушения принципов здорового питания среди подростков Пермского края. Особенно выраженные нарушения рационального сбалансированного питания отмечаются среди школьников г. Кудымкара, что требует проведения коррекционных мероприятий и широкой просветительной работы как среди школьников, так и их родителей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Онищенко Г. Г.//Вопросы питания. – Москва, 2008.-№2. – 4,5.

УДК 613.2

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ КРАСНОЯРСКИХ СТУДЕНТОВ

Смолин К. А., Саранча А. И.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра гигиены*

Научный руководитель: д.м.н., проф. Климацкая Л. Г.

Проблем в питании студентов достаточно много. Опыт показывает, что решать их можно, если опираться на современные достижения нутрициологии и использовать питание как элемент управления здоровьем, для снижения заболеваемости, предупреждения хронических заболеваний, повышения устойчивости к воздействию на организм инфекционных и экстремально выраженных климатических факторов, улучшения адаптационных возможностей, обеспечения условий гармоничного физического и нервно-психического развития.

Цель работы: дать гигиеническую оценку фактического питания студентов.

На первом этапе оценивалось фактическое питание студентов на примере 3200 студентов в возрасте 18-25 лет из вузов г. Красноярск: медицинского, педагогического, аграрного, сибирского федерального университетов, медико-фармацевтического колледжа. Фактическое питание оценивалось по методу 24-часового воспроизведения питания; сопоставление полученных данных проводилось с показателями среднелюбового потребления продуктов питания населением Красноярского края. Соответствие энергетической и химической ценности, рациона питания оценивалось с применением лицензированной программы «Информационная база по питанию».

Полученные результаты констатируют факт отличия среднелюбового потребления продуктов питания студентами и населением Красноярского края [1]. Так, студенты употребляют меньше чем население картофеля – в 2,1 раза, овощей и бахчевых – в 1,5 раза, мяса и мясopодуков – в 1,4 раза, яиц – в 2,4 раза, молока и молочных продуктов – в 3,2 раза. Растительные масла и другие жиры потребляются студентами в 1,5 раза меньше. Потребление рыбы, рыбopодуков и хлеба, хлебopодуков снижено незначительно. В 1,1 раза потребляется больше фруктов и ягод, причём с учётом соков больше в 2,6 раза, в 2,1 раза – сахара и кондитерских изделий. Потребление хлебopодуков снижено незначительно за счёт того, что студенты в достаточных количествах едят бутерброды и сдобу. В меню-раскладке: картофель и овощи представлены в виде салатов и консервированных овощей, первые и вторые горячие блюда употребляют лишь 30% студентов. Фрукты, а особенно соки, употребляются наиболее часто на переменах, во время «перекусов» в связи с их большим ассортиментом в буфетах. Сниженное потребление мяса также связано с редким употреблением первых и вторых блюд, но оно не значительное,

так как много употребляется бутербродов с колбасой и сосисок. Яйца употребляются практически в выпечке. Низкое потребление молока и молочных продуктов связано с отсутствием их в буфетах, и, наоборот, большое потребление сахара и кондитерских изделий объясняется преобладанием в ассортименте пирожных, шоколада, конфет (Табл.1.) Следует отметить, что рацион питания студентов лишен разнообразия, он сведен к узкому стандартному набору нескольких основных продуктов и готовых блюд.

Анализ энергетической и химической ценности рациона питания: калорийность рациона студенток занижена, процент отклонений в среднем – 27. Потребление белков юношами снижено на треть, а девушками более чем в 2 раза. В рационе преобладают белки растительного происхождения. Потребление липидов на уровне рекомендуемых величин – у 77% девушек и 40% юношей. Потребление углеводов выше у юношей, в пределах рекомендуемых величин у 58%, у девушек занижено – 270,4 ± 23,2 г. (Табл.2). Поэтому соотношение Б : Ж : У нарушено. По микронутриентному составу суточный рацион питания студентов не сбалансирован. Витаминный статус характеризуется дефицитом не одного какого-то витамина, а сочетанной недостаточностью витаминов С, группы В и РР, А, т.е. является полигиповитаминозом. У всех студентов поливитаминовый дефицит сочетается с недостаточным поступлением кальция (Табл. 3).

Таблица 1

Потребление студентами основных продуктов питания (кг/год)

Продукты	Среднедушевое потребление студентками	Среднедушевое потребление студентами
Хлебопродукты	32 ± 21	53 ± 29
Картофель	56 ± 16	400 ± 640
Овощи, бахчевые	137 ± 26	170 ± 29
Фрукты ягоды	145 ± 70	182 ± 109
Мясо и мясопродукты	34 ± 13	35 ± 10
Яйца	26 ± 9	52 ± 23
Молоко	59 ± 43	94 ± 77
Рыба	22 ± 10	55 ± 18
Сахар, кондитерские	38 ± 11	19 ± 6
Масло ж/р	7 ± 1,5	9 ± 6

Таблица 2

Макронутриентный состав и суточная калорийность рациона студентов

Нутриенты и энергия	Рекомендуемое потребление (в сутки)		Найдено М ± б		% отклонений	
	девушки	юноши	девушки	юноши	девушки	юноши
ККАЛ	1900	2000	1387 ± 504	1909 ± 775	27	-
белки (г)	78	80	37,9 ± 15,3	57,4 ± 27,8	52	29
жиры (г)	88	103	68,3 ± 28,7	41,1 ± 29,6	23	60
углеводы (г)	324	378	162,5 ± 62,4	218,7 ± 20,5	50	42

Таблица 3

Микронутриентный состав рациона студентов

Микронутриенты (мг)	Рекомендуемое потребление (в сутки)	Найдено М ± б		% отклонений	
		девушки	юноши	девушки	юноши
Ca	800	333 ± 204	575 ± 311	58	28
Fe	15	15,0 ± 13,1	17,9 ± 7,3	-	-
A	1,5	0,86 ± 0,53	0,60 ± 0,55	43	60
B1	2	1,06 ± 0,62	1,48 ± 1,34	47	26
B2	2,5	0,61 ± 0,29	0,88 ± 0,42	76	65
PP	15	6,20 ± 2,60	9,5 ± 8,8	59	37
C	70	65,16 ± 54,31	47,7 ± 51,7	8	33

Причины недостаточного потребления нутриентов связаны с уменьшением общего количества потребляемой пищи из-за снижения энерготрат, увеличением потребления рафинированных, высококалорийных, но бедных микронутриентами продуктов (белый хлеб, макаронные, кондитерские изделия, сахар, спиртные напитки), недостаточным потреблением овощей и фруктов, низким уровнем знаний населения в вопросах здорового питания и роли микронутриентов (за исключением студентов КрасГМУ) и низкими доходами студентов.

Наибольшая проблема – нарушение режима питания. 13% студентов не завтракают, 12% – едят 2 раза в день, 41% – не обедают и 34% – поздно ужинают.

При анализе антропометрических показателей адекватности питания было установлено, что 25,5 % студентов имеют недостаточную массу тела – ИМТ 18,5 кг/м², среди них 20,8 % девушек и 4,6 % юношей. Низкий массо-ростовой показатель свидетельствует о признаках белково-энергетической недостаточности. Избыточная масса тела (ИМТ) от 25 до 30 кг/м² выявлена лишь у 2,8 % студентов.

Следующим этапом нашей работы было раскрытие роли фактического питания в оценке и прогнозе здоровья группы молодежи в возрасте 17-25 лет, занимающихся спортом (массовые спортивные разряды) [2, 3]. Гигиеническая оценка фактического питания студентов выявила у большинства обследованных соответствие энергетической ценности рациона

норме физиологической потребности в пищевой энергии. Энергетическая ценность среднесуточного рациона питания спортсменов только на 14-17% меньше рекомендуемых норм и составила, соответственно, у юношей (3170,0±988,0) и (2256,4±787,7) ккал у девушек. Анализ нутриентного состава показал, что поступление белков с продуктами питания в рационах студентов-спортсменов соответствовал или даже превышал физиологические потребности организма. Среди спортсменок 73% девушек принимали ежедневно пищу с недостаточным содержанием белка, при этом реализация нормы белков животного происхождения составила 80,2%.

Содержание жиров в суточных рационах спортсменов составило (146,5±48,3) г/сут, спортсменок – (113,6±37,5), что превышало рекомендуемую норму. Процентный вклад жира в энергетическую составляющую рациона значительно превышал рекомендуемые нормативы, что может указывать на весомый вклад жиров в рацион питания молодежи.

Уровень потребления углеводов спортсменами составил (378,8±140,1) г/сут, что соответствовало 68,9% рекомендуемой физиологической потребности. Энергетическая ценность за счет потребления углеводов не соответствовала физиологической норме и не превышала 90%. Содержание клетчатки в пищевых рационах было в пределах нормы и составило 20-27 г в диетах юношей и 20-30 г в рационах девушек.

Соотношение белков, жиров и углеводов в среднесуточном рационе отличалось от оптимального более значительным вкладом жиров и снижением углеводной составляющей.

Поступление с пищей микронутриентов имело свои особенности. Так, не полностью покрывались потребности организма в тиамине и рибофлавине и составили по сравнению с физиологической нормой 86,5% и 57,0%, соответственно (у юношей и девушек по тиамину 71,8% и 64,1% – по рибофлавинолу). Более приближен к оптимальным уровень потребления витаминов группы В. Содержание витамина В6 в рационах юношей являлось оптимальным, у девушек соответствовало норме только на 75-80%. Для студентов характерно достаточное и даже избыточное содержание аскорбиновой кислоты в рационах питания (100-150%), реализация рекомендуемой нормы – не менее 70 мг/сут. Содержание витамина РР в питании юношей соответствовало рекомендуемым нормам, у девушек составляло около 70% от рекомендуемой потребности. В рационах питания всех обследованных групп отмечено оптимальное или избыточное содержание жирорастворимых витаминов А и Е.

Количество кальция в пищевых рационах студентов было значительно снижено и составляло только 40-65% от рекомендуемых норм для молодежи, что указывает на нерациональность пищевого рациона. Фактическое питание большинства обследованных характеризовалось избыточным содержанием в пищевых рационах фосфора, а также несбалансированным поступлении его с кальцием. Потребление магния с пищей в группах спортсменов соответствовало физиологическим потребностям.

Таким образом, изучение питания студенчества показало наличие как общих, так и специфических проблем. Они определяются социально-экономическими и личностными особенностями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Климацкая Л.Г., Куркатов С.В. Особенности среды обитания и здоровья населения Красноярского края. - Красноярск.: Красноярская государственная медицинская академия, 2003. – с. 94
2. Шпаков А.И. Фактическое питание и статус питания студентов-спортсменов на различных этапах их карьеры // Веснік Гродзенскага дзяржаўнага ўніверсітэта імя Я. Купалы. – Серыя 1. – 2004. – №1 (24)б. – С. 43-51.
3. Maughan Ron J., Louise M. Burke *Zywnienie a zdolnosc do wysilku. Medicina sportiva, Krakow, 2000. – 116 s. (Nutrition for Sports)*

УДК 616.8-009.836-036:613.863

НЕКОТОРЫЕ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ И НАРУШЕНИЯ СНА У ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ СТРЕССА

Соколовская Е. С.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра патологической физиологии*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Рагинене И. Г.

Согласно данным масштабного эпидемиологического международного исследования, проведенного ВОЗ, различные расстройства психической сферы присутствуют у каждого четвертого (24%) пациента общемедицинской сети здравоохранения, расстройства депрессивного спектра – у каждого пятого (21%) больного. Из расстройств депрессивного спектра чаще всего отмечаются собственно депрессивные (10,4%) и тревожные (10,5%) расстройства.

По данным многолетнего многоцентрового популяционного исследования, в территориальных поликлиниках нескольких городов России ~ 30% обращающихся за помощью к участковым врачам имеют нарушения, соответствующие критериям депрессивного эпизода по МКБ 10, а при учете тревожных расстройств и субсиндромальных депрессивных нарушений эта пропорция достигает 50%.

Известно, что даже маловыраженная депрессивная симптоматика увеличивает риск кардиальной смертности, причем как у лиц без ССЗ, так и больных ССЗ.

Кроме того, в последнее время нередко стали жалобы и на нарушения сна. Хроническая инсомния – расстройство сна, длительностью более одного месяца, распространена у 10–15% лиц в популяции, чаще развивается у женщин детородного возраста, пожилых и пациентов с хроническими соматическими или психическими нарушениями.

Расстройства сна становятся хроническими, когда существуют предрасполагающие психические и поведенческие факторы, такие как тревога, беспокойство и различного рода переживания.

Неспецифические изменения сна лежат в основе как адаптивных психофизиологических реакций здоровых лиц на стрессовые факторы, так и в некоторой степени инсомнии (как модели нарушенной адаптации).

Хроническая инсомния, как правило, сопровождается усталостью, частыми расстройствами настроения, проблемами межличностных отношений, «непривычными трудностями» выполнения профессиональной работы, снижением качества жизни.

Учитывая вышесказанное, становится более актуальным проведение исследования некоторых психофизиологических параметров (уровня тревоги и депрессии), а также анализа субъективных характеристик сна у лиц, находящихся в условиях стресса (возможная потеря работы, напряженный график труда, информационный стресс).

Актуальность этой проблемы возрастает и в связи с тем, что одной из основных функций сна является социопсихическая адаптация человека.

Цель исследования: провести скрининг-диагностику тревожно-депрессивного состояния и анализ субъективной характеристики сна и дневной сонливости у работающего населения в условиях неблагоприятных стрессовых факторов.

Задачи исследования:

1. Сделать подбор тестов для оценки тревожного и депрессивного состояния методом скрининг-тестирования.
2. Выбрать анкеты для проведения оценки субъективной характеристики сна и дневной сонливости.
3. Провести тестирование работающего населения.
4. Сделать анализ проведенного тестирования с учетом особенностей условий труда в период влияния стрессовых факторов.

Материалы и методы: всего обследовано 40 человек (6 мужчин и 34 женщины) в возрасте $35 \pm 4,9$ лет. Все исследуемые были разделены на две группы: группа А - работающие в бюджетной сфере, группа Б – во внебюджетной сфере. Для исследования тревоги и депрессии использовали шкалу HADS, разработана Zigmond A.S. and Shaith R.P. в 1982 г. для оценки тяжести тревоги и депрессии в условиях общемедицинской практики. Для оценки сна использовали анкету субъективной характеристики сна и шкалу дневной сонливости Эпфорта. Изучение субъективной характеристики сна проводилось по специально разработанной анкете, состоящей из 5 вопросов, касающихся количественной и качественной характеристики сна и сновидений.

Для статистической обработки результатов использовалась программа Exsel и «Биостат»

Результаты: анализ полученных данных выявил значительные различия в субъективной характеристике сна у исследуемых лиц - так в группе А пограничные нарушения сна выявлены у 40%, выраженные нарушения сна отмечены у 25%; в группе Б – пограничные значения определялись у 15%, а выраженные нарушения сна у 20%, хотя по длительности суточного сна между группами различий не выявлено, что связано скорее всего с социальными ограничениями времени сна. Определяются различия в качестве сна – в группе А не имеется ночных пробуждений у 10%, редкое количество пробуждений имелось у 50% опрошенных, не частое пробуждение составляет 20%, частое пробуждения имелось у 20% опрошенных; в группе В не имелось ночных пробуждений у 30%, редкие пробуждения определились у 50%, нечастое пробуждение составило 15%, частые ночные пробуждения составили 5%.

По шкале HADS нормальный уровень тревожности в группе А у 45% исследуемых, субклинически выраженная тревога у 35%, а выраженный тревожный синдром у 20%. Тогда как в группе Б субклиническая тревога выявлена у 20%, а клинически выраженная тревога у 45% исследуемых. По уровню субклинической депрессии показатели в обеих группах имели одинаковое значение, однако уровень клинически выраженной депрессии в группе Б – определялся у 45% опрошенных.

При исследовании дневной сонливости показатели примерно равны – в группе А – у 50%, а в группе Б – у 55% исследуемых, что может свидетельствовать о проблемах ночного сна и является признаком психофизиологической дезадаптации в условиях стресса.

Выводы:

1. При анкетном исследовании сна и субъективной оценке качества сна различные нарушения отмечались в 100% случаев, что указывает на изменения регуляции жизнедеятельности, поскольку расстройства сна рассматривают как один из наиболее характерных симптомов психического дистресса.
2. При оценке субъективных характеристик сна выявлены значительные изменения, что говорит о многочисленности симптомов нарушений сна в условиях стресса.
3. Во всех группах имеются проявления тревожного состояния, что с одной стороны указывает на наличие адекватной адаптационной реакции, а с другой при сочетании с расстройствами сна на развитие патологического состояния (при длительно протекающем стрессе) в виде дистресса и болезней адаптации.
4. Уровень тревоги и депрессии в сочетании с нарушениями сна был в большей степени выявлен у лиц в группе Б (работники внебюджетной сферы), что возможно указывает на наличие в этой группе наиболее сильного «стрессора» в виде боязни потери работы, перевод на менее оплачиваемую работу.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вейн А. М., Судаков К. В., Левин Я. И. и др. Особенности структуры сна и личности в условиях хронического эмоционального стресса и методы повышения адаптивных возможностей человека // Вестник Российской академии медицинских наук, М.: Медицина, 2003. №4. С. 13-17.
2. Ковальзон В.М. О функциях сна // Журнал эволюционной биохимии и физиологии. 1993. Т. 29. № 5-6. С. 627-634
3. Abad V.C., Guilleminaut C. Sleep and psychiatry/ Dialogues in clinical neuroscience. 2005, vol.7,4,P.291–303.
4. Katon W, Schulberg H. Epidemiology of depression in the primary care/ Gen Hosp Psychiatry 1992; 14: 237-47
5. Morin CM, Hauri PJ, Espie CA, Spielman AJ, Buysse DJ, Bootzin RR. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia: an American Academy of Sleep Medicine review. Sleep 1999; 22: 1134–56.
6. Ustun TB? Sartorius N. Mental Illness in General Health Care: An International Study. Chichester: Wiley 1995.

УДК: 615.276:339.13

**МАРКЕТИНГОВЫЙ АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ
НА ОСНОВЕ ИНДОМЕТАЦИНА**

Солодчук К. Б.

*Курский государственный медицинский университет
Кафедра управления и экономики фармации*

Научный руководитель: к. ф. н., доц. Олейникова Т. А.

Актуальность. Индометацин является одним из наиболее мощных нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) и находит широкое применение для лечения различных воспалительных и дегенеративных заболеваний опорно-двигательного аппарата. Препарат оказывает анальгетическое, жаропонижающее и антиагрегационное

действие [1]. На отечественном фармацевтическом рынке есть целевой сегмент лекарственных препаратов, содержащих индометацин, что позволяет врачам совместно с провизорами и пациентами подбирать лекарственную терапию индивидуально для каждого больного.

Цель работы: маркетинговый анализ ассортимента лекарственных препаратов на основе индометацина.

Задачи исследования: анализ ассортимента лекарственных препаратов на основе индометацина на фармацевтическом рынке России и г. Курска; сравнительная оценка базового и торгового ассортимента индометацинсодержащих лекарственных средств (ЛС) по показателям ассортимента; разработка мероприятий по формированию оптимальной ассортиментной политики индометацинсодержащих ЛС на локальном рынке г. Курска.

Объекты исследования: Государственный реестр ЛС – Интернет-версия 2008 г.; Регистр ЛС России 2005 г.; справочник Видаль 2008 г.; товарно-транспортные накладные и прайс-листы аптек г. Курска.

Методы исследования: контент-анализ, системный анализ, комплексный анализ, структурный анализ и др.

Результаты. На первом этапе исследования в ходе анализа номенклатуры лекарственных препаратов, выпускаемых на основе индометацина, разрешенных к применению в стране (по торговым названиям (ТН), по формам выпуска, по странам-производителям, по датам регистрации) установлен общий ассортимент, который насчитывает 15 ТН ЛС, а с учетом всех форм выпуска и дозировок – 25 лекарственных препаратов.

Весь исследуемый ассортимент был систематизирован в три группы АТС-классификации: М – нервно-мышечная система, S – органы чувств, N – нервная система.

Установлено, что основная часть ассортимента – 86,7% по количеству ТН и 88,0% по количеству лекарственных препаратов относится к группе М, в которую вошли нестероидные противовоспалительные средства для наружного применения. В группе М по количеству ТН на НПВС для наружного применения приходится 46,7% и по количеству лекарственных препаратов – 60,0%.

Группа N – препараты для лечения заболеваний нервной системы занимает второе место в структуре ассортимента ЛС на основе индометацина и включает 1 ТН (6,7%) и 2 лекарственных препарата (8,0%).

Самая незначительная группа в структуре ассортимента – это препараты для лечения заболеваний органов чувств – группа S, которая включает 6,7% и 4,0% ТН и лекарственных препаратов соответственно – один препарат под ТН индоколлир.

Ассортимент ЛС, содержащих индометацин формируют в основном монокомпонентные препараты (24 ТН), их доля в структуре составляет 96,0%. Комбинированные лекарственные препараты представлены одним ЛС (4,0%), имеющим ТН индовазин.

Все изученные индометацинсодержащие ЛС являются препаратами синтетического производства.

В структуре ассортимента по признаку производства преобладают зарубежные ЛС – 56,0% (14 препаратов), остальные 44,0% (11 препаратов) – это российские ЛС.

Анализ ассортимента в разрезе стран-производителей показал, что всего в Минздравсоцразвития России зарегистрированы предложения 5 стран, среди них по количеству лекарственных препаратов первое место принадлежит Болгарии (32,0%), второе – Германии (12,0%), третье – Израилю, Франции и Польше (по 12,0%).

Анализ регистрационных номеров позволил выявить степень обновления фармацевтического рынка России за счет новых индометацинсодержащих препаратов. Основная доля ЛС – 64,0% появилась на рынке в период 2004–2008 гг. (16 препаратов). Больше всего зарегистрировано ЛС в 2004 году – 7 препаратов. Индекс обновления ассортимента анализируемой группы ЛС за последние 3 года составил 0,20.

Анализ показал, что в ассортименте индометацинсодержащих ЛС присутствуют несколько видов лекарственных форм (мягкие, твердые и жидкие), но доминирующее количество ЛС выпускается в виде мягких лекарственных форм – 64,0%. Среди мягких лекарственных форм преобладают суппозитории (50,0%), мази и гели занимают равнозначное положение (по 25,0%). Суппозитории – одна из наиболее предпочтительных лекарственных форм НПВС, т.к. ректальный способ введения ЛС имеет ряд преимуществ в сравнении с другими путями введения препаратов в организм: попадание лекарственных веществ непосредственно в общее кровообращение; уменьшение или исчезновение побочного действия НПВС (ульцерогенное действие); высокая скорость всасывания; достаточно высокая точность дозирования лекарственных веществ.

В ассортименте твердых лекарственных форм преобладают таблетки (87,5%), остальные 12,5% приходится на капсулы. Жидкие лекарственные формы представлены только глазными каплями (100,0%).

На втором этапе исследования за период с сентября по декабрь 2008 г. проведено исследование ассортимента ЛС, содержащих индометацин на фармацевтическом рынке г. Курска.

В ходе анализа установлено, что на локальном рынке города представлено 5 ТН индометацина (Индометацин-Альтфарм, Индометацин-Биосинтез, Индометацин 100 Берлин-Хеми, Индометацин 50 Берлин-Хеми, Индометацин Софарма).

При анализе торгового ассортимента в аптеках г. Курска по количеству предложений лекарственных препаратов, выпускаемых на основе индометацина было выявлено, что на локальном рынке представлено 7 лекарственных препаратов из 25 разрешенных к применению в России. При этом 4 препарата из 7 производятся за рубежом, что составляет 57,1%.

На следующем этапе маркетингового анализа была изучена структура локального ассортимента ЛС по АТС-классификации. Установлено, что весь исследуемый ассортимент (100,0%) относится к группе препаратов для лечения заболеваний костно-мышечной системы (М). При этом основную часть ассортимента составляют производные уксусной кислоты – 60,0% по количеству ТН и 57,1% по количеству лекарственных препаратов. Остальная доля приходится на НПВС для наружного применения (40,0% и 42,86% ТН и лекарственных препаратов соответственно).

При изучении структуры ассортимента лекарственных препаратов, содержащих индометацин по производственному признаку выявлено незначительное преобладание зарубежных ЛС – 57,1% (4 препарата). Анализ ассортимента в разрезе стран – производителей показал, что на локальном рынке г. Курска присутствуют предложения 2 стран: Болгарии и Германии, которые выпускают по 2 лекарственных препарата, содержащих индометацин.

Анализ регистрационных номеров ЛС показал, что фармацевтический рынок города за последние годы пополнился новыми индометацинсодержащими препаратами. Основная доля ЛС – 85,7% появилась на рынке в период с 2004 по 2007 гг. (6 препаратов). Индекс обновления ассортимента анализируемой группы ЛС за последние 3 года составил 0,40.

При анализе форм выпуска выявлено преобладание мягких лекарственных форм (85,7%), причем 66,7% из них представлены в виде суппозиторий (4 лекарственных препарата). Более 10,0% составляют твердые лекарственные формы (14,3%), жидкие лекарственные формы на локальном рынке отсутствуют.

Таким образом, в результате маркетингового анализа установлено, что мезоконтур ассортимента лекарственных препаратов данного сегмента рынка несущественно отличается от ассортиментного контура российского рынка.

Сравнительный анализ базового и торгового ассортимента лекарственных препаратов [2], выпускаемых на основе индометацина показал, что ассортимент локального фармацевтического рынка г. Курска не способствует полному удовлетворению потребности населения в случае индивидуальной лекарственной терапии. Так, например, коэффициент полноты ассортимента составил 0,50, т.е. $K_p < 1$, что свидетельствует о наличии 50,0% лекарственных форм индометацинодержащих препаратов на местном рынке.

Рассчитанное значение коэффициента глубины (0,28) свидетельствует об отсутствии ряда препаратов индометацина в аптеках г. Курска.

Степень обновления как базового, так и торгового ассортимента имеет низкий показатель ($I_o < 1$), поэтому обновление ассортимента индометацинодержащих ЛС происходит медленно и неэффективно.

В результате анализа ассортимента было установлено, что полнота использования торгового ассортимента недостаточна ($\Pi_i = 71,4\%$), так как не все препараты индометацина, представленные в аптечных учреждениях г. Курска пользуются спросом.

Выводы. Таким образом, при разработке ассортиментной политики на локальном рынке г. Курска следует обратить внимание, во-первых, на увеличение полноты и глубины ассортимента индометацинодержащих ЛС за счет закупки отсутствующих препаратов; во-вторых, на внедрение в ассортимент аптеки города новых ЛС и лучшее использование имеющихся.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Зайгарник М.А., Шугурова И.Б. Анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства // Ремедиум. – 1999. - №9. - С. 60-64.
2. Маркетинговый анализ ассортимента лекарственных средств российского фармацевтического рынка. Методические рекомендации /Н.Б. Дремова, Е.В. Репринцева, О.В. Хорлякова и др. - Курск: КГМУ, 2004. - 30с.

УДК 616-054.4:159.9:613.84

ТЕМПЕРАМЕНТ И КУРЕНИЕ

Соломин К. А., Бухарова О. В., Грицына К. А., Кузнецов С. А., Потылицин А. Р.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра физиологии

Атамановская средняя общеобразовательная школа

Научные руководители: к.м.н., ст. преп. Потылицина В. Ю., зам. директора Чеглыгбашева Е. И.

На сегодняшний день проблема курения по-прежнему актуальна. Основная причина большой распространенности курения - это на определенное время скрытое разрушительное действие курения, создающее впечатление о его внешней безобидности. Большинство людей знают, что табак опасен, но лишь немногие осознают, насколько он опасен в реальности. Табак и табачный дым содержат более 3000 химических соединений, некоторые из которых являются канцерогенными, то есть способными повредить генетический материал клетки и вызвать рост раковой опухоли. 10% курильщиков заболевают и впоследствии погибают от злокачественных опухолей (из числа выкуривающих более 20 сигарет в день - 20%). В настоящее время табак ежегодно убивает около четырех миллионов человек во всем мире, но эта цифра вырастет до 10 миллионов через тридцать лет, если нынешние тенденции курения сохранятся. Ещё большей проблемой является пассивное курение. Для людей, у которых нет привычки к табачному дыму, он может быть более опасным, чем для курящих [5]. Курение «молодеет», а мероприятия, направленные против этой губительной привычки, к сожалению, не эффективны. Школьники считают, что одна, две, три сигареты никак не повлияют на их здоровье, а курение придаст им уверенности, поднимет статус среди друзей и одноклассников, определит взрослость. Курение в школьном возрасте вызывает задержку роста, ослабление памяти, уменьшение внимания, анемию, нарушение зрения. Наблюдается угнетение нервной системы, нарушение сна и аппетита, раздражительность и повышенная возбудимость [4].

Нельзя не учитывать и то, что состояние здоровья, поведение и наличие привычек зависит и от индивидуальных свойств темперамента. Темперамент (лат. temperamentum - надлежащее соотношение черт от tempero – смешиваю в надлежащем соотношении) - характеристика индивида со стороны динамических особенностей его психической деятельности, т. е. темпа, быстроты, ритма, интенсивности, составляющих эту деятельность психических процессов и состояний [1].

Анализ внутренней структуры темперамента приводит к выделению трех главных, ведущих компонентов темперамента, относящихся к сферам. Наиболее широкое значение в структуре темперамента имеет общая психическая активность индивида. Проявления темперамента в моторной сфере можно рассматривать как частные выражения общей активности. К ним относятся темп, быстрота, ритм и общее количество движений. Говоря об эмоциональности как проявлении темперамента, имеем в виду впечатлительность, чувствительность, импульсивность и т. д. Термин темперамент пришел из античной науки и связан с именем Гиппократ (5 в. до н.э.) [3].

Проследим связь темперамента с высшей нервной деятельностью. Основу для разработки научной теории темперамента создало учение И. П. Павлова о типологических свойствах нервной системы животных и человека. Из ряда возможных сочетаний этих свойств Павлов выделил четыре, по его данным, основные типичные комбинации в виде четырех типов высшей нервной деятельности. Их проявления в поведении Павлов поставил в прямую связь с античной классификацией темперамента. Сильный, уравновешенный, подвижный тип нервной системы рассматривался им как соответствующий темперамент сангвиника; сильный, уравновешенный, инертный – темперамент флегматика; сильный, неуравновешенный – темперамент холерика; слабый – темперамент меланхолика [2]. Мы решили проанализировать эту проблему с другой стороны: определить тип темперамента курящих и некурящих старшеклассников и установить зависимость типа темперамента от курения.

Цель нашего исследования: выявление зависимости пристрастия к курению от типа темперамента.

Задачи:

1. изучить литературу по данной теме;
2. определить универсальные исследовательские методы;
3. провести тестирование старшеклассников по определению типа темперамента;
4. провести анкетирование старшеклассников по выявлению приверженности к курению;
5. Выявить влияние темперамента на появление вредной привычки – курение.

Объект исследования: школьники 9–11 классов Атамановской средней общеобразовательной школы, в количестве 50 человек, из них 25 юношей и 25 девушек.

Методы исследования:

1. теоретические (изучение литературы по темпераменту и курению, сравнительный анализ полученных данных);
2. эмпирические (тестирование, анкетирование);
3. математические (статистическая обработка);

Для определения причастности старшеклассников к курению мы предложили анкету, содержащую вопросы, требующие прямого ответа (да, нет), а также вопросы, на которые требуется дать развернутый ответ. Для определения темперамента мы предложили тест «Формула темперамента» (авторы – составители А.В.Тимченко, В.Б.Шапарь).

Полученные результаты: По признанию опрошенных, 41 учащийся определился как некурящий, а 9 как курящие, причем 1 – курит редко. Срок курения от 2 часов до 5 лет. На вопрос о том, кто приучил к курению, треть определила, что друзья, треть – сам(а), единичный ответ – общество, другие не определились. По количеству выкуренных в день сигарет опрошенные определяются от 2 до 10 и более. У двух третьих опрошенных родители не знают, что их дети курят, все единогласно отмечают отрицательное отношение родителей к курению детей. По результатам анкетирования, в семьях 24% учащихся не курит никто, у 48% учащихся – отец, у 8% учащихся – мать, у 4% брат и дед соответственно, у 6% оба родителя, у 6% вся семья. Как правило в семьях учащихся, где курят взрослые, не разрешается курить в помещении. 62% опрошенных сказали, что их друзья курят, и только 36% определяют себя пассивными курильщиками, все курящие желают бросить курить. Практически все (48 из 50 учащихся) не хотели бы, чтобы их дети, супруг(а) курили. 64% учащихся сегодня пока не имеют проблем со здоровьем, половина болеет редко, практически все называют простудные заболевания. 45 учащихся из 50 (90%) поддерживают борьбу государства с курением, но только 28 учащихся (56%) считают, что эта борьба может быть эффективной. Способы борьбы с курением, предложенные учащимися, широко повторяют уже известные, при этом 14 учащихся (28%) никак не могут определиться по этому вопросу.

При определении типа темперамента было выявлено, что у всех учащихся позиционирующих себя курящими присутствует холерический тип темперамента. У редко курящего ученика меланхолический тип темперамента. Таким образом, нашла подтверждение гипотеза, предполагающая, что наиболее привержены к курению учащиеся с холерическим типом темперамента, вследствие того, что он (холерик) раздражительный, агрессивный, импульсивный, поддающийся настроениям. Из 41 учащегося, определяющего себя некурящим, только 19 (38%) учащихся имеют отношение к холерическому темпераменту.

Выводы:

1. 18% всех обследуемых учеников позиционируют себя как курящие;
2. У всех обследуемых учеников определили комбинированный тип темперамента;
3. К курению склонны учащиеся с преобладанием холерического типа темперамента;
4. У некурящих учеников в 93% преобладают черты, характеризующие сангвинический тип темперамента.

Практическая направленность данной работы заключается в том, что мы рекомендуем результаты данного исследования школьному психологу, администрации школы, классным руководителям, родителям, старшеклассникам. В дальнейшем предполагается расширить выборку анкетированных, включив учащихся 7-8 классов, чтобы проследить подлинность данных результатов и доказать, что это не случайность, а тенденция.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мерлин В.С. Очерк интегрального исследования индивидуальности. – М.: Педагогика, 1986. – 86 с.
2. Небылицын В. Д. Основные свойства нервной системы человека. – М.: Педагогика, 1996. – С. 316.
3. Рубинштейн, С.А. Основы общей психологии. – СПб., 1999. – 211с.
4. Ягодский В. Н. Школьнику о вреде никотина и курения. М., 2001. – 112с.
5. Янушевский И. К. Не кури. К., 2000. – 53с.

УДК 616.379-008.64-053.6-085

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНСУЛИНОВОЙ ПОМПЫ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ
С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА**

Сорокина О. Ю.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра детских болезней № 2 с курсом ПО*

Научные руководители: к.м.н., доц. Шитьковская Е. П., асс. Стрельников Г. Ю.

Актуальность: По данным ВОЗ за 2007г. около 7% детей во всем мире страдают сахарным диабетом первого типа. В г. Красноярске по данным годового отчета работы городской эндокринологии в 2005 году больных ИЗСД в возрасте от 0 до 18 – 82 ребенка, из них с впервые выявленным сахарным диабетом – 10 человек и эта цифра неуклонно растет. Так за 2007 год детей с ИЗСД в возрасте от 0 до 15 лет – 125, из них с впервые выявленным 32 человека. Сахарный диабет - хроническое заболевание, которое характеризуется развитием сосудистых осложнений, основной причиной которых является хроническая гипергликемия и сопутствующие ей метаболические нарушения: энергетический голод, гиперлипидемия, усиление ПОЛ, активация ренин – ангиотензин- альдостероновой системы. Эти метаболические сдвиги, в свою очередь, способствуют развитию морфологических изменений в базальной мембране сосудов и гемодинамических нарушений.

Вследствие этого развивается диабетическая ретинопатия с возможной потерей зрения, диабетическая нефропатия с исходом в хроническую почечную недостаточность, синдром диабетической стопы, заканчивающийся ампутацией конечности. Все это определяет высокую социальную значимость. Согласно федеральным программам единственной мерой профилактики возникновения и лечения сосудистых осложнений является оптимальная компенсация углеводного обмена при сахарном диабете. Для достижения компенсации больным с ИЗСД требуются постоянные инъекции инсулина, при этом основная задача – приблизить ритм введения к « Циркадному ритму» работы здоровой поджелудочной железы, но полностью симитировать нормальную секрецию не удастся. Инсулиновая помпа – единственное на сегодняшний день электронное устройство, обеспечивающее постоянное подкожное введение инсулина малыми дозами. В основе работы инсулиновой помпы лежит базисно – болюсный принцип подачи ультракороткого инсулина. Такая схема введения инсулина в наибольшей степени соответствует ритму работы здоровой поджелудочной железы. На сегодняшний день, инсулиновые помпы позволяют программировать сразу несколько базальных уровней, устанавливать временный базальный уровень, пользоваться различными вариантами болюсного режима подачи. Большая память, работа с дополнительным программным обеспечением, совместимость с глюкометрами делают эти помпы действительно уникальными.

Цель исследования: оценить эффективность применения инсулиновых помп в лечении детей с сахарным диабетом 1 типа.

Материалы и методы: проспективное наблюдение за пятью детьми с сахарным диабетом первого типа, условно поделенных на несколько групп в зависимости от возраста, пола, стажа заболевания. К первой группе относятся двое мальчиков со стажем сахарного диабета до года в возрасте до 7 лет; ко второй группе относятся трое детей в возрасте от 7 до 10 лет (один мальчик и две девочки) со стажем заболевания до трех лет, находящимися на традиционной и помповой инсулинотерапии с использованием инсулиновых помп фирмы «Accusche Spirit» и «Metronic» под контролем показателей углеводного обмена.

Результаты исследования: на фоне инсулинотерапии в базально-болюсном режиме препаратами ультракороткого действия (новорапид) и длительного действия (лантус) потребность в инсулине составила: в первой группе – 0,7 Ед/кг/сут; во второй группе 0,8 Ед/кг/сут; уровень постпрандиальной гипергликемии в первой группе - 11 ммоль/л; во второй группе 13 ммоль/л; уровень гликозилированного гемоглобина (HbA1c) в первой группе составлял в среднем 8,3% у , у обследуемых из второй группы - 10,9%; сахар крови натощак в первой группе составил - 9 ммоль/л, во второй группе - 10 ммоль/л. Такие данные свидетельствуют об неудовлетворительной компенсации. При оценке физического развития у детей из первой группы физическое развитие среднее гормональное, у детей из второй группы – среднее дисгармоничное за счет дефицита массы тела 20%. При опросе все дети жаловались на постоянную слабость, немотивированную усталость, низкую успеваемость в школе, боязнь заниматься спортом и зависимость от постоянных инъекций инсулина. После подключения этим детям инсулиновой помпы, проведения суточного мониторингирования гликемии с использованием глюкометра CGMS system gold «Medtronic MiniMed» и подбора адекватной дозы потребность в инсулине у детей из первой группы снизилась до 0,5 Ед/кг/сут. , у обследуемых из второй группы потребность в инсулине снизилась до 0,6 Ед/кг/сут. Использование инсулиновой помпы позволило добиться оптимальной компенсации углеводного обмена. В первой группе гликемия натощак составила 6,7 ммоль/л, постпрандиальная гликемия 8,1 ммоль/л, уровень гликозилированного гемоглобина составил 6,5%. У обследуемых из второй группы уровень гликемии натощак составил 8,5 ммоль/л, постпрандиальной гипергликемии - 10 ммоль/л, уровень гликозилированного гемоглобина составил 8%. При оценке физического развития показатели улучшились – снизился дефицит массы тела до 10%. Также значительно улучшилось самочувствие обследуемых : уменьшились головные боли, дети стали более активными, поднялась успеваемость в школе, мальчик из второй возрастной группы стал заниматься футболом, обе девочки – плаванием.

Выводы: помповая терапия является наиболее прогрессивным методом для точной и корректируемой доставки инсулина в организм и поддержания гликемии в рамках компенсации, снижает уровень гликозилированного гемоглобина, тем самым позволяет уменьшить относительный риск возникновения осложнений при лечении диабета , освобождает от многократных ежедневных инъекций и повышает качество жизни пациент

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дедов И.И., Лебедев Н.Б., Сунцов Ю.И. Проблемы эндокринологии. 1996;5:3-7
2. Древал А.В., Римащук Г.В., Лосева В.А. Проблемы эндокринологии. 1997;2:3-5
3. Касаткина Э.П. Сахарный диабет у детей и подростков. М., Медицина. 1996г.
4. Klein R, Moss S.E. Ann Int Med 1996; 124:90-60.
5. The DCCT Research Group. N Engl J Med 1993;329:977-86.
6. Сичинава И.Г., Касаткина Э.П. Российский вестник перинатологии и педиатрии 1998;2:12-15.

УДК 576.851.49-02:616-002.3:617-089-06

РОЛЬ ЭНТЕРОБАКТЕРИЙ – ПРОДУЦЕНТОВ В-ЛАКТАМАЗ РАСШИРЕННОГО СПЕКТРА В РАЗВИТИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Старостина А. Е.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого,
Кафедра микробиологии, биотехнологии
СФУ ИЕиГН*

Научные руководители: к.б.н, доц. Перьянова О. В, асс. Камшилова В. В.

В настоящее время проблема профилактики и лечения внутрибольничных инфекций (ВБИ) в хирургических стационарах остается одной из самых актуальных во всем мире. Госпитальными инфекциями заболевают от 5 до 20% больных хирургического профиля. В этиологии ВБИ основную роль играют условно-патогенные микроорганизмы, характеризующиеся множественной лекарственной устойчивостью.

Основным механизмом резистентности энтеробактерий к β-лактамам антибиотикам является ферментативный гидролиз. Из всего разнообразия ферментов наибольшую угрозу представляют β-лактамазы расширенного спектра – БЛРС (Extended spectrum beta-lactamases – ESBL) [1, 3].

Благодаря плазмидной локализации генов, распространение этих ферментов среди возбудителей инфекционных болезней человека приняло угрожающий характер. Частота распространения БЛРС значительно варьирует в отдельных географических регионах и часто носит эпидемический характер. Вместе с тем стандартные методы определения чувствительности не всегда позволяют выявить истинную резистентность БЛРС – продуцирующих штаммов энтеробактерий, тогда как своевременная и регулярная диагностика продуцентов БЛРС способствует проведению рациональной и эффективной химиотерапии [2].

Цель: Изучить роль энтеробактерий-продуцентов β -лактамаз расширенного спектра в развитии гнойно-воспалительных осложнений у больных хирургического профиля.

Материалы и методы: Выделение и идентификацию возбудителей проводили стандартными бактериологическими методами. Определение β -лактамаз расширенного спектра у энтеробактерий проводили фенотипическим методом «двойных дисков» на среде Muller-Hinton с использованием дисков с антибиотиками производства BIO-RAD и BACTON DICINSON.

Результаты: Исследования патологического материала проводились при гнойно-воспалительных заболеваниях у хирургических больных на базе ГКБ № 6 им Н.С. Карповича г. Красноярск.

В 2009 г. (январь-февраль) проведено 79 исследований. Полученные результаты сравнивали с результатами, которые были получены в 2007 и 2008 гг. сотрудниками бактериологической лаборатории ГКБ № 6 им Н.С. Карповича. Всего на протяжении двух лет с февраля 2007 по февраль 2009 гг. было проведено 327 исследований патологического материала.

Структура гнойно-воспалительных заболеваний представлена аппендицитами (20,8%), флегмонами (15,9%), перитонитами (15,6%), абсцессами (14,1%), парапроктитом (4,9%) и прочее (28,7%). При этом за весь период исследования процент встречаемости вышеуказанных гнойно-воспалительных заболеваний практически одинаков и достоверно не отличается по годам.

Основными патологическими материалами являлись гной (51,1%) и выпот из брюшной полости (32,1%); прочие материалы составили 16,8%. Общее количество исследованных образцов – 327. При посеве патологического материала рост был получен в 66,4%. При этом наибольший процент роста микроорганизмов был получен из гноя (55,7%); из выпота из брюшной полости рост был отмечен в 21,5%. В патологическом материале, имеющем рост, в 18,7% случаев выделялись ассоциации двух и более видов микроорганизмов. В исследованиях патологического материала, где был обнаружен смешанный тип инфекции, ассоциации из двух видов микроорганизмов составили 87,8%, ассоциации из трех видов – 12,2%, ассоциации из большего числа видов не встречались. Ассоциации из двух видов микроорганизмов представлены энтеробактериями и энтерококками (56,3%), НГОБ-ми и энтерококками (15,6%), энтеробактериями и НГОБ-ми (9,4%). Не встречались ассоциации НГОБ-ов и стафилококков, НГОБ-ов и стрептококков. Ассоциации из трех видов микроорганизмов представлены: энтеробактериями с энтерококками и стрептококками (60%), в равной степени энтеробактериями, НГОБ-ами, энтерококками и энтеробактериями, НГОБ-ами, стрептококками (по 20%) от числа встречаемости этих ассоциаций.

Этиология гнойно-воспалительных заболеваний у хирургических больных представлена энтеробактериями – 52,1%, НГОБ-ами – 8,2%, стафилококками – 25,1%, энтерококками – 19,2%, стрептококками – 13,7%. Наибольший удельный вес среди выделенных микроорганизмов составили представители семейства Enterobacteriaceae (рис.1).

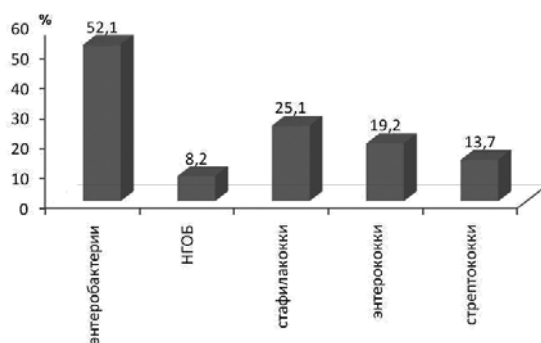


Рис. 1. – Спектр микроорганизмов, выделенных при ГВЗ у хирургических больных

Среди выделенных энтеробактерий ведущую роль играет *E. coli*, на долю которой приходится 75,4% всех выделенных штаммов (рис. 2).

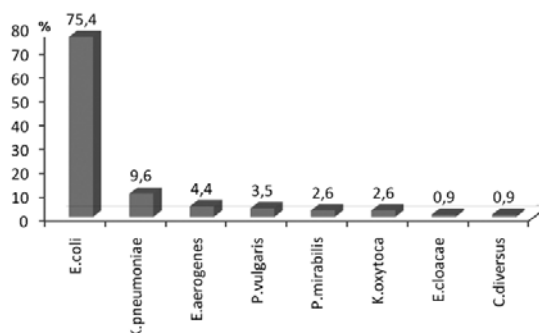


Рис. 2. – Видовой состав представителей семейства Enterobacteriaceae, выделенных при ГВЗ у хирургических больных

За период исследования удельный вес продуцентов БЛРС среди всех выделенных культур энтеробактерий составляет 19,3%. Встречаемость продуцентов БЛРС у бактерий семейства Enterobacteriaceae по годам представлен на рис.3.

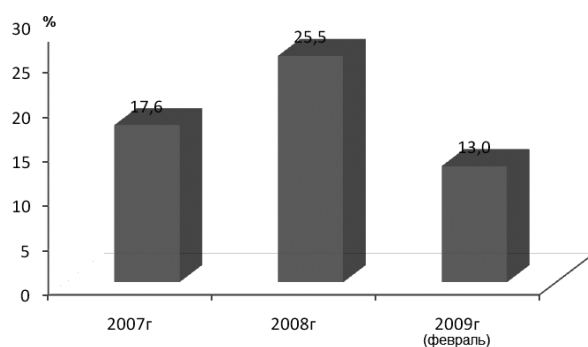


Рис. 3. – Динамика выделения продуцентов БЛРС у бактерий семейства Enterobacteriaceae

Процент выделения БЛРС у бактерий семейства Enterobacteriaceae в 2008 г. по сравнению с 2007г. значительно вырос (на 7,9%). За два месяца 2009г. он уже составил 13,0%. Различия между выявляемостью БЛРС в семействе Enterobacteriaceae по годам статистически достоверны с вероятностью 95%.

За период исследования частота встречаемости БЛРС среди всех выделенных штаммов *E. coli* составляет 12,8%, а среди штаммов *K.pneumoniae* – 63,6%.

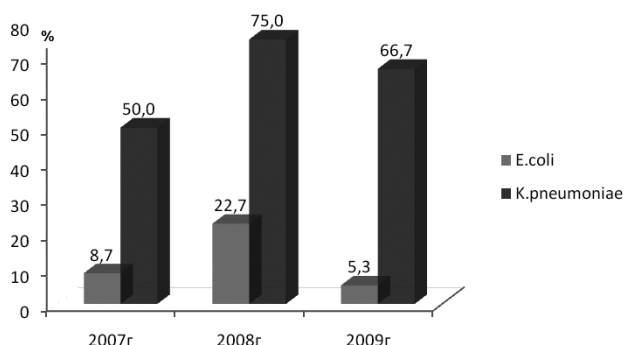


Рис. 4. – Динамика выявления продукции БЛРС у *E.coli* и *K. pneumoniae*

На протяжении всего периода исследования наблюдается рост частоты выделения БЛРС у *K. pneumoniae*. Различия между процентами выявления продукции БЛРС у *K. pneumoniae* по годам статистически достоверны с вероятностью 95%.

Величина коэффициента взаимной сопряженности между продукцией БЛРС среди *E. coli* и *K. pneumoniae*, равная 0,4, указывает на наличие умеренной связи с вероятностью 99,9% ($t_f=12,3 > t_{st}=10,8$, $\alpha=0,1\%$). Также установлено, что наиболее частое выделение БЛРС штаммами *K. pneumoniae* является статистической закономерностью [4].

Полученные коэффициенты взаимной сопряженности между количеством продуцентов БЛРС и типом инфекции ниже 0 свидетельствуют, что статистически подтвержденной связи между этими признаками нет.

Вывод: Основную роль в развитии гнойно-воспалительных заболеваний у хирургических больных играют энтеробактерии. Частота встречаемости продукции БЛРС у энтеробактерий является высокой и не имеет тенденции к снижению. Наиболее активными продуцентами БЛРС являются культуры *K. pneumoniae*.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Страчунский Л. С. β -Лактамазы расширенного спектра - быстро растущая и плохо осознаваемая угроза. Клинический микробиологический журнал 2005; Т. 7 №1: 92-96.
2. Эйдельштейн М. В. β -Лактамазы аэробных грамотрицательных бактерий: характеристика, основные принципы классификации, современные методы выявления и типирования. Клинический микробиологический журнал 2001; Т. 3 №3: 223-42.
3. Эйдельштейн М. В., Страчунский Л. С. Динамика распространенности и чувствительности БЛРС-продуцирующих штаммов энтеробактерий к различным антимикробным препаратам в ОРИТ России. Клинический микробиологический журнал 2005; Т. 7 №4:323-36.
4. Лакин Г. Ф. Биометрия. М.: Высшая школа; 1990.

КРИТЕРИИ ВОЗМОЖНОСТИ ИЗМЕРЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА РАЗНЫХ УРОВНЯХ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ АВТОМАТИЧЕСКИМИ ТОНОМЕТРАМИ

Старцева Е. Н.

Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера
Кафедра нормальной, топографической и клинической анатомии, оперативной хирургии
Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель: к.м.н., доц. Цветкова Т. Ю.

Актуальность проблемы. В последнее время широкое распространение получили приборы автоматического измерения давления. Существуют автоматические тонометры для измерения артериального давления (АД) на плече и запястье. У пациентов с очень большой окружностью плеча рука имеет коническую форму. Такая форма плеча встречается при ожирении, выраженном развитии мускулатуры, например, у спортсменов, занимающихся тяжелой атлетикой. По данным Кивва В.Н., если окружность плеча превышает 41 см и не удается добиться нормального положения манжеты, точное измерение артериального давления затруднено. Кроме того, у пожилых пациентов возникают трудности измерения АД с использованием плечевой манжеты. Такие пациенты, а также люди молодого возраста, предпочитают автоматические тонометры на запястье. Действительно, такой тонометр наиболее прост в использовании.

Однако, систолическое давление измеренное на предплечье и запястье может быть несколько выше, чем на плече (признак Маррея). В норме среднее падение давления между восходящей аортой, плечевой артерией и артерией в области предплечья минимально (около 2 – 3 мм рт.ст.) за счет механизма демпфирования стенки сосуда [1, 2, 4]. Вместе с тем развитие какого-либо поражения сосудов приводит к нарушению данного механизма и увеличению разницы давления в сосудах верхней конечности.

По данным Поливода С.Н. и Черепок А.А. при атеросклерозе и артериальной гипертензии уменьшается диаметр артерий среднего и мелкого калибра, что может приводить к изменению давления в сосуде. Ollerenshaw J.D. и соавторы [3] показали, что АД выше сужения сосуда было значительно повышено, а ниже места сужения – относительно нормально.

Цель исследования. Разработать критерии возможности измерения АД на разных уровнях верхней конечности.

Задачи исследования.

1. Оценить систолическое артериальное давление (САД) и диастолическое артериальное давление (ДАД) на уровне плеча, предплечья и запястья у пациентов, разделенных на четыре группы в зависимости от исходного уровня АД.
2. Провести сравнительный анализ показателей АД на разных уровнях верхней конечности (плечо, предплечье и запястье).
3. Определить критерии возможности измерения АД на предплечье и запястье у пациентов с различным исходным АД.

Материалы и методы. Нами было проведено 178 измерений АД на плече, предплечье и запястье у 60 пациентов в возрасте от 18 до 70 лет. Измерения проводились автоматическими тонометрами марки ds-186, ld-5, ws-520. Пациенты были поделены на 4 группы в зависимости от уровня АД на плече согласно «Классификации артериальной гипертензии в зависимости от уровня АД (ВНОК, 2004)».

Категория	САД (мм рт.ст.)	ДАД (мм рт.ст.)
Оптимальное	<120	<80
Нормальное	120-129	80-84
Высокое нормальное	130- 139	85-89
АГ 1-ой степени	140-159	90-99
Подгруппа – пограничная АГ	140-149	90-94
АГ 2-ой степени	160-179	100-109
АГ 3-ей степени	≥180	≥110
ИСАГ (изолированная систолическая артериальная гипертензия)	≥140	≤90
Подгруппа пограничная АГ	140-149	<90

В группу № 1 были объединены пациенты с оптимальным и нормальным давлением, в группу № 2 – с высоким нормальным давлением, в группу № 3 – с артериальной гипертензией 1-й степени, в группу № 4 – с артериальной гипертензией 2-й степени.

Если систолическое и диастолическое АД соответствовало разным степеням, то констатировали более высокую степень АД.

Достоверность различий между группами (р) оценивали согласно t-критерия Стьюдента. Различия или показатели связи считали значимыми при $p < 0,05$. Расчеты проведены с использованием IBM, программы «Excel».

Результаты исследования. У пациентов 1-й группы (с оптимальным и нормальным артериальным давлением) не наблюдалось существенной разницы показателей АД на плече, предплечье, запястье.

У пациентов 2-й группы (с высоким нормальным артериальным давлением) систолическое давление на плече составило $133 \pm 0,7$ мм рт.ст., а на запястье было достоверно ниже $124,5 \pm 4,1$ ($p < 0,01$, t). Однако при измерении АД на предплечье статистически достоверной разницы не выявлено, также как и при измерении ДАС на разных уровнях верхней конечности (плечо, предплечье, запястье) у данной группы.

В 3-й группе (с АГ 1-й степени) показатели САД на предплечье $142,1 \pm 3,05$ ($p < 0,01$, t) достоверно отличались от аналогичного показателя на плече $150,7 \pm 1,7$. Статистически достоверных отличий САД при измерении на предплечье выявлено не было, также как при определении ДАД на всех трех уровнях.

У пациентов 4-й группы данные САД на всех трех уровнях измерения не имели достоверных отличий. Однако, показатели ДАД на запястье $95,3 \pm 0,70$ статистически достоверно отличались от аналогичных показателей на предплечье $82,0 \pm 2,52$ ($p < 0,01$) и на плече $85,25 \pm 3,12$ ($p < 0,05$) (табл. 1).

Таблица 1

Изменения показателей систолического и диастолического давления на плече, предплечьи и запястье у пациентов с различным исходным уровнем артериального давления, мм рт.ст. ($M \pm m$)

		Плечо	Предплечье	Запястье
1 группа n = 137	САД	$107,8 \pm 0,71$	$108,4 \pm 1,3$	$108,4 \pm 1,44$
	ДАД	$68,3 \pm 0,67$	$70,1 \pm 0,87^{*пл}$	$69,7 \pm 1,57$
2 группа n = 18	САД	$133,0 \pm 0,7$	$128,6 \pm 4,3$	$124,5 \pm 4,1^{**пл}$
	ДАД	$80,6 \pm 2,32$	$79 \pm 30,1$	$79,2 \pm 3,6$
3 группа n = 15	САД	$150,7 \pm 1,65$	$142,1 \pm 3,05^{**пл}$	137 (2 измерения)
	ДАД	$90,0 \pm 1,84$	$88,1 \pm 2,13$	
4 группа n = 8	САД	$169,1 \pm 2,2$	$162,7 \pm 17,5$	$163,7 \pm 5,7$
	ДАД	$85,3 \pm 3,12$	$82,0 \pm 2,52$	$95,3 \pm 0,7^{*пл**пр}$

Примечание: 1 группа – нормальное АД (САД < 120 – 129 мм рт.ст.), 2 группа – высокое нормальное АД (САД 130 – 139 мм рт.ст.), 3 группа – артериальная гипертензия 1-ой степени (САД 140 – 159 мм рт.ст.), 4 группа – артериальная гипертензия 2-ой степени (САД 160 – 179 мм рт.ст.); САД – систолическое артериальное давление, ДАД – диастолическое артериальное давление; пл – плечо, пр – предплечье.

*-результат статистически достоверен по отношению к показателю соответствующим букве рядом со звездочкой в своей строке ($p < 0,05$), ** результат статистически достоверен по отношению к показателю соответствующим букве рядом со звездочкой в своей строке ($p < 0,01$).

Как видно на рисунке 1, имеется статистически значимая разница между измерением САД на плече и запястье во 2-й группе обследованных. В 3-й группе имеется достоверная разница между САД на плече и предплечье. В 4-й группе также не выявлена статистически достоверная разница САД между показателями на плече, предплечье и запястье.

Появление статистически достоверной разницы АД на плече, предплечье и запястье у 2-й и 3-й групп можно объяснить изменением калибра артерии за счет возрастных изменений. У многих пациентов в анамнезе гипертоническая болезнь, атеросклероз.

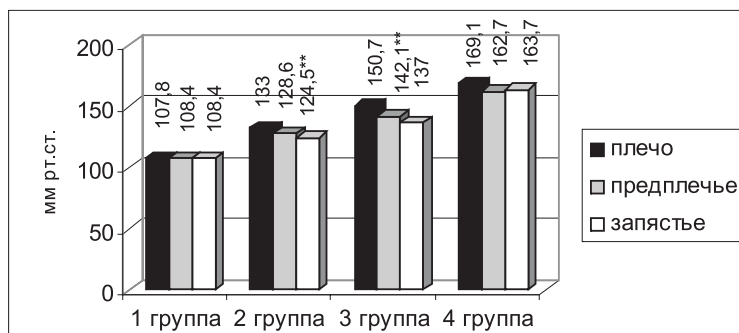


Рис. 1. – Изменения систолического давления на плече, предплечье и запястье у пациентов разных групп

Выводы

1. Пациентам из первой группы (с оптимальным и нормальным АД; САД до 129 мм рт.ст.) мы можем порекомендовать измерение АД на любом уровне верхней конечности (плечо, предплечье, запястье). Пациентам 2-й группы (высокое нормальное давление; САД до 139 мм рт.ст.) можно измерять АД на плече и предплечье, но мы не рекомендуем измерять АД на запястье.

2. Обследованным 3-й группы (АГ 1 степени; САД до 159 мм рт.ст.) не рекомендуется измерять АД на предплечье и запястье. Пациентам 4-й группы (САД до 179 мм рт.ст.) мы воздержимся давать какие-либо рекомендации, так как количество обследованных было незначительно.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Физиология человека / Под ред. Р. Шмидта., Г. Тевса. – Москва, изд. «Мир», 2007. – Т.2. – С. 498 – 565
2. Milnor W.R. Haemodynamics. – 2nd ed. – Baltimore: Williams & Wilkins Co, 1989.
3. Ollerenshaw J.D., Heagerty A.M., West P.W., Swales J.D. The effects of coarctation hypertension upon vascular inositol phospholipids hydrolysis in Wistar rats // J. Hypertension. – 1988. – Vol.6. – P. 733-738
4. Poiseuille J.L.M. Recherches sur le force du coeu aortique (J. Physiology. Exper, Paris 8. 1828.-P.272-305) // Classics in arterial hypertension / Ed. A. Ruskin. – Springfield Ill: Charles C. Thomas Publishing, 1956. – P. 31-34

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ПОДРОСТКОВ ЗА 2008 ГОД ПО МАТЕРИАЛАМ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ № 3 РОДДОМА № 5 ГОРОДА КРАСНОЯРСКА

Степаненко О. В., Руппель Н. И., Ермаченко Т. И.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Родильный дом № 5, ж/к № 3

Научный руководитель: к.м.н., доц. Полянская Р. Т.

Нами проведен анализ 150 карт девушек- подростков с целью выявления наиболее часто встречающихся заболеваний в этот период, а также для исследования сексуального поведения, готовности семейным отношениям, планировании материнства, контрацептивного поведения. Девушки были подвергнуты социально-психологическому обследованию с использованием анонимных анкет. Возраст девушек в среднем составил 16-20 лет в количестве 150 человек.

Подростковый период является основным этапом формирования полового поведения. Последнее десятилетие отмечается быстрой эволюцией сексуальных норм, что привело к раскрепощенности со стороны подростков в сексуальных отношениях. [1].

Поэтому подростки заслуживают особое внимание, т.к подростковый возраст сопровождается своими физиологическими и психологическими особенностями. Особое внимание необходимо уделять репродуктивной функции девушек. Репродуктивное здоровье включает в себя гармоничность и сбалансированность полового, физического, психосексуального, психосоциального, соматического и психического здоровья. [3].

Поэтому родительское участие в санитарном – гигиеническом просвещении своих детей необходимо, и в настоящее время оно находится на низком уровне. [1,2].

Основной целью подросткового периода является подготовка юного женского организма к материнству, планированию семьи и ответственному родительству.[1]. Очень важно иметь полное обследование девочки- подростка, знание ее карты здоровья, что следует обеспечить с рождения девочки. Поведения подростков, в какой- то мере зависят от атмосферы в учебных заведениях (школе, колледже, вузе) следует уделять внимания благополучию браков и атмосфере в семье, если родители не создали до 12 лет психологического барьера, препятствующий раннему началу половой жизни, то половая жизнь может начаться уже в подростковом периоде. [4].

По данным проведенного нами анкетирования средний возраст девушек-подростков составил $18 \pm 1,2$ года. Наибольшее количество девушек учащиеся высшего заведения - 40.6%, учащиеся ПТУ, техникумов, колледжей - 29.3%, школ- 28% и 2% -девушек не имели никакого занятия. Изучая социально-бытовую обстановку было выявлено, что в полной семье проживали 48.1% и неполных семьях 51.9% подростков. Средний возраст начала половой жизни равен $16 \pm 0,04$ года. Половую жизнь в 18 лет начали 18%, 17 лет- 22.6%, 16 лет -36% и начало половой жизни 15 лет и моложе составил 21.3% и до 14 -2.6% лет. Основной мотивацией вступления в половые отношения для девушек на первом месте была любовь, на втором месте любопытство и на третьем месте под воздействием алкоголя. Из вредных привычек у девушек – подростков основное пристрастие к курению 74%, употребление алкоголя 15%, токсикомания и курение травки 7.3%. В качестве контрацепции 80% использовали презерватив, 15% имели прерванный половой акт, 5% не предохранялись. У 36% девушек имелось больше одного партнера. Выявлено, что 4% девушек уже имели беременности в анамнезе. Средний возраст наступления беременности составил $19 \pm 1,5$ лет. В 35(23.3 %) случаев ее исходом явился аборт, 3(2%) приняли решения сохранить беременность. См. таблицу №1 .

Таблица 1

Сроки прерывания беременности за 2008 год

Количество абортов	1беременность в анамнезе	2беременность в анамнезе	Исход беременностей		
			м/а до 6нед	м/а до 12нед	20-22 нед.
35абортов	28 (80%)	6 (17.1%)	5(14.2%)	28(80%)	2(5.7%)

Таким образом, прерывание беременности по желанию до 12 недель было у 28 девушек, и у 2 девушек в поздние срок. Анализ анкет свидетельствует о плохой осведомленности среди подростков о методах контрацепции, нежелание их использовать, что увеличивают риск развития заболеваний передающихся половым путем. Среди заболеваний передающихся половым путем из 46 (30.6%) девушек наибольший процент составил хламидиоз 52.1%, 36,9 % уреаплазмоз, 8.6% микоплазмоз, 47.8% трихомониаз, 6.5% гонорея. В 17.3 % случаев у девушек имелось сочетание инфекций. Из них в КВД пролечено 8.6% девушек в острый период. См. таблицу № 2

Таблица 2

Названия	%выявленных	% излеченных
Хламидиоз	24 (52.1%)	10 (21.7%)
Уреаплазмоз	17 (36.9%)	2 (4.3%)
Микоплазмоз	4 (8.6%)	4 (8.6%)
Гонорея	3 (6.5%)	3 (6.5%)
Трихомониаз	22 (47.8%)	8 (17.3)

У 69,8% девушек имелись сопутствующие заболевания: ВПЧ 6 (5.2%) , Сальпингоофорит 9 (78 %), Киста яичника 11 (9.5)%, эктопия ш/матки 37 (32.1), НМЦ 19 (16.5%). См. таблицу № 3

Таблица 3

названия	% выявленных	% излеченных
ВПЧ	6 (4%)	3(2%)
Кисты яичников	11 (7.35)	9(6%)
Хр/аднексит	9 (6%)	2(1.3%)
НМЦ	19 (12.6%)	9(6%)
Эктопия ш/матки	37 (24.6%)	2(1.3%)

Проведенный нами анализ свидетельствует, что подростки плохо информированы о ЗППП их последствиях, о профилактике, методах барьерной контрацепции. В настоящее время необходимо разработать специальные программы, где с подростками будет проводиться санитарно- просветительная работа по вопросам сексуального развития, сексуального отношения о роли семьи о будущем материнстве.

С этой целью на базе женской консультации №3 МУЗ “Родильного дома №5” проводятся выездные лекции, включающиеся в себя информационно- образовательную работу с подростками школ, ВУЗ, ПТУ, летних оздоровительных лагерей. С подростками проводятся занятия в виде игр, представлены научные видеофильмы о вредных привычках, ЗППП об опасности ВИЧ инфекции, о последствиях аборта его осложнений и влияние на юный женский организм. Фильмы демонстрируются в аудиториях для слушателей 100-150 человек непосредственно в залах, женских консультациях, что позволяет добиться желаемых результатов:

- повышается мотивация молодежи к сохранению репродуктивного здоровья.
- уменьшается процент начала ранней половой жизни у подростков, умеют использовать экстренную контрацепцию, своевременное обращение в кабинет экстренной контрацепции.

- формируется в молодых семьях осознание к родительству.

Наши исследования продолжаются, и в дальнейшем планируется:

- Проведение бесед с психотерапевтом, особенно занятия с подростками из социально неблагополучной семьи.
- Привлечение наркологов- токсикологов
- Продолжить обеспечение радиовещания и просмотр видеофильмов воспитательного характера.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков: Руководство для врачей.- СПб.: Фолиант, 2000. - С. 33-50.
2. Гаврилова Л.В Репродуктивное поведение населения Российской Федерации в современных условиях // Планирования семьи. – 1998. -№1.
3. Баранов А.А., Санников А.Б. Половое воспитание и сексуальное образование необходимы // Врач. -2002.-№3. – с. 40-41.
4. Кулаков В.И. Репродуктивное здоровье: проблемы, достижения и перспективы // Проблемы репродукции. -199. –Т.5 -№2. – С.6-9.

УДК. 613.81/84:378.17

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ АГМУ ПОД ДЕЙСТВИЕМ КОМПЛЕКСА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ

Стребков А. С.

Алтайский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., проф. Кудрявский С. И.

В условиях снижения уровня жизни, кризиса нравственных ценностей, неуверенности в будущем от молодых людей требуется значительная мобилизация сил для адаптации к новым условиям проживания, обучения, формирования межличностных отношений, к высоким умственным и физическим нагрузкам. Это возможно при оптимальном уровне здоровья, которое имеет немаловажное значение для успешного обучения. Правильное питание, занятия спортом, правильный режим, отказ от вредных привычек.

Состояние здоровья современных студентов под действием комплекса не благоприятных факторов (курения, употребления алкогольных напитков), характеризуется ростом хронических заболеваний.

В настоящее время особо актуальным является борьба с ростом распространения табакокурения, употребления алкогольных напитков среди населения.

Данная работа посвящена изучению состояния здоровья студентов АГМУ под действием комплекса не благоприятных факторов и оценки их информированности.

Важность определяется тем, что именно они отражают уровень информированности населения по данному вопросу.

Цель исследования. Изучить состояние здоровья студентов АГМУ под действием комплекса не благоприятных факторов. Не менее важным является изучение потенциала – возможные изменения поведения для улучшения здоровья.

Задачи исследования:

- 1 Изучить распределение курящих, употребляющих алкогольные напитки по полу, возрасту.
2. Определить приоритетные направления по оздоровлению студентов.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования был использован выборочный вид наблюдения с помощью анкетного метода. Всего проанкетировано 868 человек, из них мужчин – 325 чел, женщин – 543 чел. Возраст проанкетированных людей составил 17-24 года. Всем респондентам было предложено ответить на следующие вопросы:

3. Пол
4. Возраст
5. Отнесите себя:
 - к курящим
 - к курящим ранее
 - никогда не курящим

6. Отнесите себя:
 - к систематически употребляющим алкогольные напитки
 - к употребляющим алкогольные напитки в меру
 - не употребляющим алкогольные напитки
7. Мотивация вашего курения и употребление алкогольных напитков?
8. Считаете ли Вы совместимым курение и употребление алкогольных напитков с мед образованием?

Результаты исследования. Таким образом, всех опрошенных можно разделить на две основные группы: первая группа (курящие, некурящие, бросившие курить) и вторая группа (систематически употребляющие алкогольные напитки, употребляющие алкогольные напитки в меру и не употребляющие алкогольные напитки).

В каждой подгруппе важно выделить еще две подгруппы определяемые полом анкетированных.

Удельный вес мужчин и женщин в различных категориях составил 37%: 63% (рис. 1).

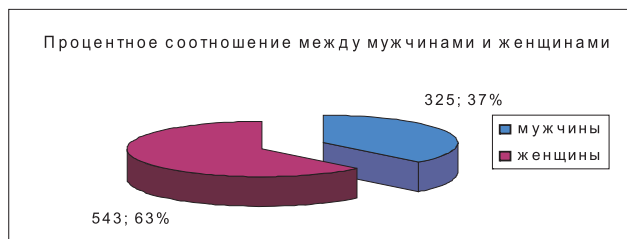


Рис. 1. – Удельный вес мужчин и женщин в различных категориях, в %

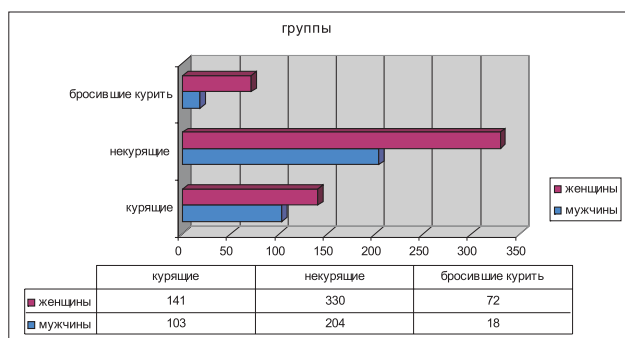


Рис. 2. – Удельный вес курящих, некурящих и бросивших курить

Опираясь на данные показатели первой группы, можно сделать вывод о том, что среди анкетированных преобладают некурящие – 534 человека (61,5%). При этом удельный вес курящих составил – 244 человека 28,1%, а бросивших курить – 90 человек 10,4% (рис. 2).

Несмотря на высокий уровень распространения курения среди женщин, именно они чаще расстаются со своими вредными привычками. Удельный вес бросивших курить женщин составил - 80%, а мужчин – 20% (рис. 2).

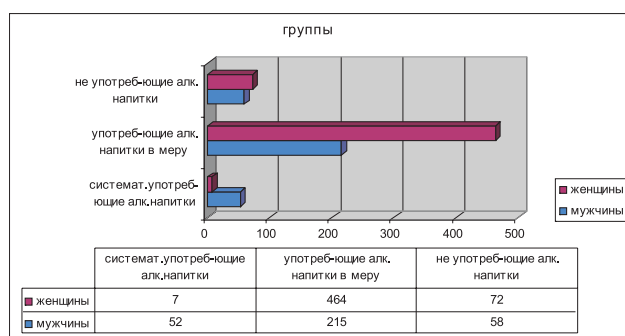


Рис. 3. – Удельный вес систематически употребляющие алкогольные напитки, употребляющие алкогольные напитки в меру и не употребляющие алкогольные напитки

Опираясь на данные показатели второй группы, можно сделать вывод о том, что среди анкетированных преобладают употребляющие алкогольные напитки в меру – 679 человек (78,3%). При этом удельный вес не употребляющих алкогольные напитки составил – 130 человек (15%), а систематически употребляющих алкогольные напитки – 59 человек (6,7%) (рис. 3).

На вопрос о мотивации курения и употребление алкогольных напитков большинство анкетированных затруднились ответить 501 человек (58%), «личные проблемы» 113 человек (13%), «любопытство» 19 человек (2%), «влияние товарищей» 146 человек (17%) и «привычка» 89 человек 10%. (рис. 4)

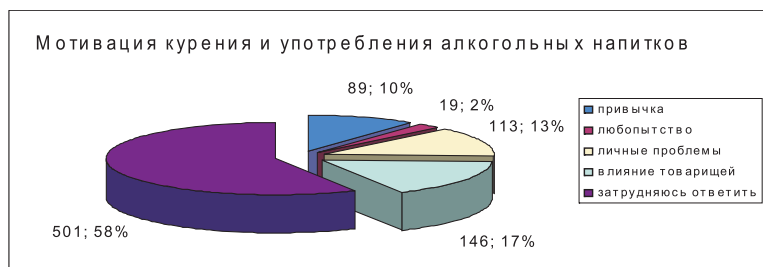


Рис. 4. – Мотивации курения и употребления алкогольных напитков, в %

Среди всех групп опрошенных большинство считает курение и употребление алкогольных напитков вредным. Однако, на вопрос «Считаете ли Вы совместимым курение и употребление алкогольных напитков с мед образованием?» (рис. 5)

Даже никогда не курившие и не употребляющие алкогольные напитки часто не могут ответить, а некоторые отвечают положительно, что дает основание условно отнести их к группе риска людей, склонных начать курить и употреблять алкогольные напитки в будущем.

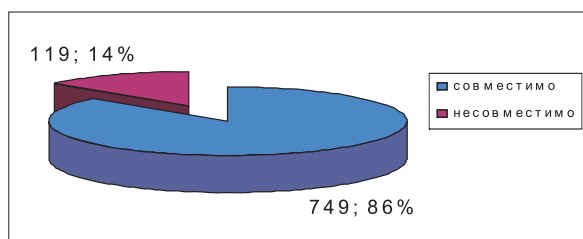


Рис. 5. – Мнение студентов о совместимости курения и употребления алкогольных напитков с мед образованием, в %

Как показало исследование, состояние здоровья современных студентов под действием комплекса не благоприятных факторов (курения, употребления алкогольных напитков и др.), характеризуется ростом хронических заболеваний.

Таблица 1

Распределение студентов 1 курса АГМУ по медицинским отделениям для занятий физкультурой

Год	Основное	Подготовительное	Специальное
2006	230 чел. – 35,38 %	272 чел. – 41,86 %	148 чел. – 22,76 %
2007	210 чел. – 32,5 %	248 чел. – 38,15 %	192 чел. – 29,53 %
2008	195 чел. – 30,00 %	245 чел. – 37,7 %	210 чел. – 32,3 %

Как видно из таблицы 1, отчетливо прослеживается уменьшение количества здоровых студентов и увеличение числа студентов, имеющих отклонения в состоянии здоровья. Это свидетельствует о том, что с каждым годом увеличивается число студентов, имеющих хронические заболевания.

Информированность о ведении здорового образа жизни у анкетированных составила 100%, однако, соблюдают его не все. Здоровый образ жизни – это четкие знания о вредных факторах и привычках (курение, алкоголь, наркотики) и сознательное негативное отношение к ним.

Данная работа доказала важность повышения внимания пропаганде здорового образа жизни. Особое внимание следует обратить на студентов первых курсов АГМУ, так как именно они составляют группу риска людей, склонных начать курить и употреблять алкогольные напитки в будущем.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кудрявский С.И. Выживание населения России. М. МГСУ, Методические рекомендации, 30 с.
2. Артюнина Г.П. Основы медицинских знаний. Здоровье, болезнь и образ жизни / Г.П. Артюнина / Учебное пособие для студентов педвузов, 2003. – 243 с.
3. Медик В.А. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения / Уч. пособие для системы послевузовского профессионального образования. / В.А. Медик. – М. Медицина: 2006. – 71 с

УДК: 616.5-003.829.5:612.398.133

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ STAR В КОЖЕ БОЛЬНЫХ МЕЛАНОМОЙ

Стрельникова Ю. А., Успенская Е. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра патологической физиологии*

Научный руководитель: д.м.н. Рукша Т. Г.

Известно, что StAR является белком с молекулярным весом 30кДа, синтезирован как коротко живущий цитоплазматический белок. Впервые STAR был выявлен в клетках коры надпочечников. Также было обнаружено, что белок локализуется в митохондриях. StAR переносит холестерин из внешней в внутренней митохондриальной мембране, но действует исключительно на внешней мембране. Когда StAR взаимодействует с главными протонированными фосфолипидными группами на внешней митохондриальной мембране, он подвергается конформационному изменению (перемещение

расплавленной глобулы molten globule transition), что открывает и закрывает зону холестерина-связывающего StAR; это конформационное изменение требовалось для связывания холестерина и для активности StAR. Недавно было показано, что StAR служит гормонально - зависимым активатором стероидогенеза. Мутации гена, кодирующего StAR, приводят к врожденной гиперплазии надпочечников, заболеванию с летальным исходом.

Поскольку присутствие StAR в коже и его функциональное значение не изучено, целью данного исследования являлось определение уровня StAR в коже больных меланомой.

Материалы и методы. Исследовались биоптаты кожи больных меланомой кожи. Образцы фиксировались в 10% нейтральном забуференном формалине. Срезы толщиной до 5 мкм подвергались иммуногистохимическому окрашиванию по стандартной методике с моноклоальными антителами к StAR (Abcam, разведение 1:100). Для визуализации использовались система детекции Ready-to-Use (Novocastra) и диаминобензидин (Novocastra) в качестве хромогена. В дальнейшем срезы докрашивались гематоксилином. Подсчет положительно окрашенных клеток производился при увеличении $\times 400$ с помощью микроскопа. Оценивалось количество положительно окрашенных клеток на 100 опухолевых клеток, при исследованиях эпидермиса – на 100 клеток эпидермиса. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью t-критерия Стьюдента и H-критерия Крускала-Уоллиса.

Результаты. StAR+ клетки определялись в эпидермисе и дерме больных меланомой кожи. Во всех исследуемых образцах при микроскопическом исследовании наблюдалось цитоплазматическое перинуклеарное окрашивание, что согласуется с субклеточной локализацией белка (Рис. 1).

StAR определялся в клетках эпидермиса меланомы кожи, а также в опухолевых клетках (Табл. 1). Существует корреляция между специфической тканевой экспрессией StAR и способностью данных тканей производить стероиды. Поэтому можно предположить, что при развитии меланодиспластических новообразований в коже происходит снижение интенсивности локального стероидогенеза.

Функционирование StAR связано с сигнальным механизмом MAPK. Этот механизм, называемый киназным митоген-активирующим (mitogen activated protein kinase pathway), является универсальным для всех организмов. Многие виды злокачественных новообразований возникают в результате нарушения регуляции этого механизма. Таким образом, вероятно, что нарушение синтеза стероидных гормонов в коже может иметь прямую связь с нарушениями клеточного цикла при развитии меланомы кожи.

Вывод. Нами впервые показано присутствие данного белка в коже больных меланомой. Присутствие StAR в коже, а также изменение уровня экспрессии данного белка при новообразованиях кожи, может являться свидетельством измененного локального стероидогенеза при данной патологии.

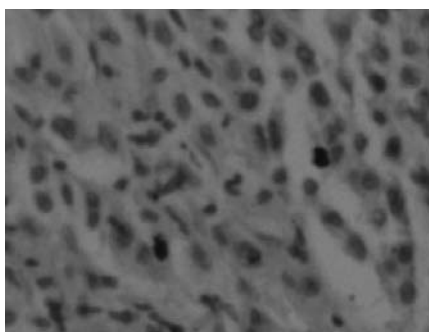


Рис. 1. – StAR в клетках меланомы кожи. StAR+ клетки окрашены в коричневый цвет

Таблица 1

Уровни экспрессии StAR в клетках меланомы кожи

	Клетки эпидермиса меланомы кожи	Опухолевые клетки меланомы кожи
Экспрессия StAR, % положительно окрашенных клеток	$43,6 \pm 10,2$	$21,5 \pm 6,9$

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Рукша Т. Г., Прохоренков В. И., Салмина А. Б. и др. // Вестник дерматологии и венерологии. – 2007. - №5. – С. 22-28.
2. Stocco DM, Clark BJ 1996 Regulation of the acute production of steroids in steroidogenic cells. Endocr Rev 17:221–244.
3. Stocco D 2001 Star protein and the regulation of steroid hormone biosynthesis. Annu Rev Physiol 63:193–213.
4. Arakane F, King SR, Du Y, Kallen CB, Walsh LP, Watari H, Stocco DM, Strauss III JF 1997 Phosphorylation of steroidogenic acute regulatory protein (StAR) modulates its steroidogenic activity. J Biol Chem 272:32656–32662.

УДК 613.6.02:97-07 «312»(045)

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА И ОБРАЗА ЖИЗНИ У СОВРЕМЕННОГО СТУДЕНТА

Сутулова Д. В.

Саратовский государственный медицинский университет

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Научный руководитель: к.м.н., доц. Емелина Л. П.

Борьба с курением, как один из наиболее значимых факторов риска, приобрела глобальное значение для здравоохранения. Курение представляет в настоящее время наибольшую угрозу для здоровья населения всего мира, как в развитых странах, так и в развивающихся странах.

В то же время, в последние годы в России наблюдается интенсивное приобщение подростков и молодежи, особенно девушек, к курению. Всего среди этой категории курят 49,5%, то есть почти 16 миллионов человек. Больше всего задымленных молодых курильщиков в бедных семьях, где, соответственно, ниже общая культура здоровья.

Курят среди юношей 58,3%, среди девушек - 40,5%. Даже среди 11-летних курят 15%. В 15 лет курит уже каждый второй

Курят среди работающей молодежи 66%, среди учащихся — 43%, причем больше всего курильщиков в ПТУ - 77%. Велика также доля курящих среди учащихся техникумов - 58%. Аналогичный показатель среди студентов вузов составляет 51%, среди учащихся 5-11-х классов общеобразовательных школ - 32%.

Пристрастие к курению является одной из возможных предпосылок к потреблению наркотических средств, в связи с чем оправдан подробный анализ потребления табачных изделий учащимися различных образовательных учреждений.

Школа. Доля курящих резко возрастает в 8-м классе, но немало «смолящих» сигареты и среди младших школьников.

ПТУ. Доля курящих велика на всех курсах: на 1-м - 78,1%, на 2-м - 74,4%, на 3-м - 75,8%.

Техникум. Курят на 1-м - 59,8%, на 2-м - 61,1%, на 3-м - 58,1%, на 1-м курсе - 49,3%.

Вуз. Курят на 1-м - 45,7%, на 2-м - 60,1 %, на 3-м - 53,2%, на 4-м - 46,3%, на 5-м курсе - 49,1 %.

Средний возраст начала курения - 13 лет. За этим показателем скрывается довольно большой разброс, обозначаемый величиной отклонения от среднего значения 3 года. Доля начинающих курить уже в 10 летнем возрасте относительно велика - 8,7%. В 13 лет курят уже 50%, а в 17 лет - 90%.

Известно, что у курильщиков вырабатывается привыкание, а длительное воздержание от курения вызывает синдром абстиненции и поэтому отказаться от этой привычки очень трудно. Простое объяснение тому — нейрофармакологическое действие никотина, однако эта привычка частично может объясняться психологическими и поведенческими аспектами. Процесс курения для курильщиков является частью социального поведения, в некоторых обстоятельствах помогает преодолеть, неловкость и служит развлечением. Для курильщика привлекательны и внешние проявления курения, а именно: манера держать сигарету, процесс выпуска дымка, набивания трубки табаком и т. д.)

Когда табак был впервые завезен в Европу, его рекомендовали для медицинских целей; он считался профилактическим средством против многих заболеваний, но вскоре взгляды изменились и курение стало считаться вредной привычкой.

Между тем курение таит в себе серьезные проблемы:

1) пагубно сказывается на здоровье молодого поколения, ведет к раку легких, дыхательных путей, других внутренних органов, сердечно-сосудистым и иным серьезным заболеваниям;

2) может отрицательно сказаться на будущем потомстве, особенно если курит девушка;

3) значительно усиливает риск приобщения к потреблению таких видов наркотиков, как гашиш, марихуана, конопля.

Особенно отрицательно влияет курение на сердце и сосуды. Никотин, воздействуя на симпатическую нервную систему, активизирует работу ряда желез внутренней секреции. При этом в кровь выбрасывается избыточное количество биологически активных гормонов, которые суживают артерии, снабжающие кровью сердце, почки, печень. Люди, которые в момент стрессовой ситуации пытаются закурить, не нейтрализуют стресс, а усугубляют его. На сердце курильщика обрушивается дополнительная нагрузка: к порции гормона адреналина, добавляется новая порция этого же гормона под действием никотина. При постоянном воздействии никотина происходит жировое перерождение сердечной мышцы. Никотин усиливает процессы свертывания крови, а это повышает возможность образования тромбов

Цель нашего исследования - изучить психологические, физиологические особенности студентов медицинского вуза, в зависимости от наличия и интенсивности табакокурения.

Нами была разработана оригинальная анонимная анкета, включающая в себя основные паспортные данные, антропометрию, особенности трудового и бытового режима. В анкете до и после курения измеряли показатели артериального давления, пульс, частоту дыхательных движений, пневмотахометрию.

Под нашим наблюдением находилось 70 курящих студентов 2 и 3 курсов медицинского университета, среди которых были представители как мужского, так и женского пола. Из данных анамнеза выяснилось, что продолжительность курения у большинства составляет приблизительно 7 лет. (Средний возраст начала курения - 13 лет). За этим показателем скрывается довольно большой разброс, обозначаемый величиной отклонения от среднего значения 3 года. Доля начинающих курить в 10 летнем возрасте относительно велика — 8,7%. Количество выкуренных сигарет в сутки у юношей составляет 13, у девушек - 9, то есть 40% общего объема потребляемого подростками и молодежью сигарет (тратя на приобретение табачных изделий в среднем 80 рублей в неделю). Эти данные позволяют нам сделать вывод о том, что студенты медицинского вуза относятся к злостным курильщикам. Среди опрошенных курящих молодых людей 60,7% указали, что курят в основном сигареты иностранных марок, и лишь 39,9% - российских. Наибольшим спросом среди студентов пользуются дешёвые сигареты (в ценовом диапазоне до 25 рублей), в том числе среди сигарет российских марок - «Русский стиль», «Три короля», «Пётр 1», «Тройка», «Прима», «Беломорканал», среди иностранных марок Winston, Kent, Parliament, Capitan Black. (расположены по мере их использования). Чем дешевле сигареты, тем менее они очищены, тем больше в организм попадает вредных веществ. Все курящие студенты были разделены на 4 группы: 1) не занимающиеся спортом; 2) занимающиеся спортом; 3) с избыточной массой тела; 4) с недостаточной массой тела. 10 студентов не курящие занимающиеся спортом - контрольная группа. Всем студентам измеряли АД, частоту пульса, ЧДД, пневмотахометрию до курения и полученные данные сравнивали с результатами контрольной группы. Было получено, что АД до курения у студентов 1 группы - 110 и 70 мм.рт.ст.; 2 группы - 120 и 80 мм.рт.ст.; 3 группы - 110 и 70 мм.рт.ст.; 4 группы - 130 и 80 мм.рт.ст. У студентов контрольной группы - 120 и 80 мм.рт.ст, то есть АД до курения у студентов курящих с недостаточной массой тела изначально было 130 и 80 мм.рт.ст, что для молодого возраста является менее характерным и указывает на предрасположенность к повышению артериального давления. Частота пульса до курения у студентов 1 гр. - 78 в минуту; 2 гр. - 70 в мин.; 3 гр. - 65 в мин.; 4 гр. - 70 в мин. У контрольной гр. - 76 в мин. Частота пульса у всех обследуемых как курящих так и не курящих до курения была в пределах нормы. Максимальная частота пульса - 78 в мин. зарегистрирована у курящих, не занимающихся спортом. ЧДД до курения у студентов 1 гр. - 18 в минуту; 2 гр. - 20 в мин.; 3 гр. - 19 в мин.; 4 гр. - 17 в мин. У студентов контрольной гр. - 19 в мин. Можно отметить, что в состоянии покоя частота дыхательных движений у всех обследуемых была в пределах нормы. В группе курящих и занимающихся спортом она была на верхней границе нормы (20 в минуту).

Результаты пневмотахометрии до курения у студентов 1 гр. -2,4-2,8 л/с.; 2 гр. -3,2-3,6 л/с.; 3 гр. -2,2-2,4 ; 4 гр.- 1,2-1,3л/с; контрольной группы- 3,2-3,4л/с. То есть у группы курящих с недостаточной массой тела в сравнении с контрольной группой выявлена отчётливая разница в данных объёмной скорости потока воздуха. Полученные данные позволяют сделать вывод, что у курящих в сочетании с недостаточной массой тела неустойчивое артериальное давление и изменения в дыхательной функции лёгких.

Те же показатели были исследованы после выкуривания одной сигареты: АД у студентов 1 гр. стало 110 и 80 мм.рт.ст.; 2 гр. -120 и 85 мм.рт.ст.; 3 гр. -110 и 80 мм.рт.ст.; 4 гр. -140 и 90 мм.рт.ст. , частота пульса у студентов 1 гр. стала 93 в мин.; 2 гр. -85 в мин.; 3 гр. -80 в мин.; 4 гр. -85 в мин. Следовательно, у группы курящих с недостаточной массой тела и неустойчивым артериальным давлением до курения после выкуривания одной сигареты АД повысилось до 140 и 90 мм.рт.ст, у всех студентов после курения была зарегистрирована тахикардия(85-93 в мин). ЧДД у студентов 1 гр. стало 28 в мин.; 2 гр. -30 в мин.; 3 гр. -29 в мин.; 4 гр. -27 в мин. Пневмотахометрия после курения у студентов 1 гр. -2,9-3,3л/с; 2 гр. -3,7-4,1 л/с; 3 гр. -2,7-3,3 л/с; 4 гр. -1,7-1,8 л/с. То есть у всех студентов появилась тахипноэ (22-24 в мин), объёмный поток воздуха у курящих с недостаточной массой тела остаётся сниженным (1,7- 1,8л/с). Эти исследования показывают начавшееся воздействие курения на состояние органов кровообращения и дыхания, риск развития у них артериальной гипертензии и болезней бронхолёгочной системы. Для более полного и точного представления особенностей современного образа жизни курящего студента в нашей анкете мы обращали внимание на характер питания, проведение досуга, реакцию на эмоциональные нагрузки, частоту простудных заболеваний, наличие других вредных привычек, уровень образования и влияние наследственности. Нами было изучено отношение к солёной и жареной пище. Если студенты контрольной группы употребляют солёную пищу 2 гр.в сутки и в среднем за неделю съедают 4 жареных пирожка, то курящие студенты 1, 2, 3 группы употребляют больше 5 граммов соли в сутки, 1, 3, 4 группы – более 10 пирожков за неделю. Все опрошенные студенты предпочитают крепкий растворимый кофе(6 чашек), что является немаловажным фактором влияющим на ЦНС, пищеварительную систему, сердечно сосудистую систему. Из опроса выяснилось, что самыми распространёнными наследственными заболеваниями оказались: артериальная гипертензия, ИБС, мозговой инсульт после 60 лет, гастриты, раковые заболевания. При анализе режима дня студентов особое внимание уделяли физической активности, и организации свободного времени. Физическую активность оценивали по занятиям спортивными упражнениями, в частности утренней гимнастикой, бегом, в различных спортивных секциях. Организацию культурного досуга оценивали по посещению кино-театров, просмотре телевизионных передач, чтению художественной литературы, играм на компьютере. По данным исследования, общая картина физической активности студентов оказалась малоблагоприятной и большинство студентов 1, 3, 4 групп предпочитают малую физическую активность, вплоть до отсутствия утренней гимнастики. В организации досуга предпочитают пассивный отдых – просмотр телевизионных передач и компьютерные игры. Посещение театров, кинотеатров, чтение художественной литературы почти отсутствует. Отрицательную эмоциональную нагрузку мы оценивали по мелким, средним и крупным неприятностям. К мелким неприятностям молодёжь относилась: ссору с товарищами, несвоевременную сдачу зачёта, дисциплинарные взыскания преподавателей, временное отсутствие взаимопонимания с родителями и т.д. Крупные неприятности студенты в большинстве случаев не расшифровывали. Оценивая нервные нагрузки были получены данные, что у студентов 1 гр. чаще бывают крупные неприятности; 2,3 гр. средние, 4 гр. мелкие неприятности; в контрольной гр. преобладают мелкие неприятности. На вопрос о причинах курения последовали самые разные ответы, но в основном это оказались: стресс -31%, просто нравится -34%, как отец -15%, как все- 15%, просто так -5%. . Оценив влияние стресса на организм студента, удалось выявить четкую взаимосвязь между наличием стресса и началом курения. Курящих студентов 1,2 гр. беспокоят частые ангины, затруднённое дыхание, насморк кашель;3 гр. затруднённое дыхание, кашель;4 гр.затруднённое дыхание, кашель, головные боли. В контрольной гр. иногда, то есть значительно реже, бывают кашель и насморк.

Таким образом предварительный анализ анкеты показал, что курение, как основной фактор риска артериальной гипертензии и ИБС часто сочетается с нездоровым образом жизни: гиподинамией, отсутствием культуры питания, низким общеобразовательным цензом, эмоциональными перегрузками, что даже при отсутствии отягощённой наследственности усугубляют риск развития в молодом возрасте АГ и ИБС. Частые простудные заболевания, снижение пневмотахометрических показателей указывает на предрасположенность к раннему возникновению бронхолёгочных заболеваний. Полученные данные указывают на необходимость воспитания молодого поколения в целях более длительного сохранения здоровья и активной физической и духовной жизни.

Поэтому стоит задуматься, а стоит ли начать курить, нужно ли это Вам и Вашему организму!

Исследования продолжаются!

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Заридзе Д.Г., Пего Р. Курение и здоровье. – Москва , 1989.-С. 168-171.
2. Шереги Ф.Е., Арефьев А.Л. Наркотизация в молодёжной среде : структура, тенденции, профилактика. Центр социального прогнозирования. – Москва, 2003.- С. 82-84.
3. Колле-Траквет К. Оценка антитабачной деятельности. - Женева , 1999.-С 2-3.

УДК 61(091)

АЮРВЕДЫ: МЕДИЦИНА ДРЕВНЕЙ ИНДИИ

Сырова О. В., Смирнова В. П., Виссарионова И. Д.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра философии*

Научный руководитель: к.ф.н., доц. Комова Н. В.

Многие люди, как ни странно, убеждены, что древняя медицина была весьма примитивной. Действительность, однако, свидетельствует о противоположном. Древние врачи не пользовались никакими лекарствами; у них не было компьютеризированного рентгена или сканеров для постановки диагноза. Но они делали удивительную работу и исцеляли всех, кто к ним обращался. Многие древние медицинские технологии, развитые тысячелетия назад, невозможно повторить, даже имея в распоряжении всю современную технику, – и мы можем только удивляться искусству древних целителей.

Искусство врачевания (санскрит аюрведа – учение о долгой жизни) высоко ценилось в древней Индии. Буддийские предания и тексты сохранили славу о чудесных целителях Д-живаке (VI–V вв. до н. э.), Чараке и Сушруте (первые века нашей эры). Основные направления традиционной древнеиндийской медицины классического периода отражены в двух выдающихся памятниках древней аюрведической письменности: «Чарака-самхита» (датируется I–II вв. н. э.) и «Сушрута-самхита» (датируется IV в. н. э.). Более ранняя «Чарака-самхита» посвящена лечению внутренних болезней и содержит сведения более чем о 600 лекарственных средствах растительного, животного и минерального происхождения. Об их применении сообщается в восьми разделах: лечение ран; лечение болезней области головы; лечение болезней всего организма; лечение психических заболеваний; лечение детских болезней; противоядия; эликсиры против старческого одряхления; средства, повышающие половую активность. «Сушрута-самхита» в основном посвящена оперативному лечению; в ней описано более 300 операций, свыше 120 хирургических инструментов и не менее 650 лекарственных средств. Диагностика болезней основывалась на подробном опросе больного и исследовании теплоты тела, цвета кожи и языка, выделений, шумов в легких, голоса и т. п. Интересно, что ни Сушрута, ни Чарака ничего не сообщают об исследовании пульса.

Аюрведа – это и наука, и искусство поддержания здоровой жизни. Её цель – лечение заболеваний, улучшение качества и увеличение продолжительности существования человека. Как искусство устройства жизни, она происходит из духовного, философского и практического понимания законов мироздания. А как наука предполагает глубокое всестороннее исследование уникальных особенностей личности – строения тела, ума и характера, то есть индивидуального сочетания элементов физического, ментального и эмоционального уровней, гармония которых становится фундаментом здоровья и счастья. Аюрведа лечит как весь организм, так и отдельную болезнь, причем большее внимание уделяется устранению причин заболевания, чем удалению его симптомов.

Согласно Аюрведе, три фундаментальных физиологических принципа, называемые дошами, регулируют различные функции ума и тела. Эти три доши называются Вата, Питта и Капха (Кафа). Центральное понятие медицины аюрведы это теория, что здоровье существует, когда есть баланс между тремя фундаментальными жизненными силами: – Вата (эфир и воздух), Питта (огонь и вода), Капха (вода и земля).

Древняя медицина и ее методы используют и по сей день. К древней традиционной медицине в принципе можно отнести любую древнюю, народную медицинскую систему (китайскую, индийскую, тибетскую, арабскую, мексиканскую, русскую). Однако в силу существенного различия медицинских теоретических основ и степени их сохранности до нашего времени речь надо вести, в первую очередь, о древнеиндийской Аюрведе, о тибетской и китайской медицине. Эти системы оздоровления достойны глубочайшего уважения и тщательного изучения. К сожалению, опять-таки в силу бывшего многолетнего безраздельного господства официальной медицины, древние системы представляются многим как наивные забавы наших необразованных предков, как некая экзотика – интересная, но не очень серьезная, представляющая лишь исторический и этнографический интерес. При этом забывают, что основы современной медицины были заложены лишь немногим более двух тысячелетий назад реформатором античной медицины Гиппократом, а фактически практикуемая сейчас “симптоматическая” медицина, разделившая живого человека по кабинетам узких специалистов, существует всего десятки лет.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. <http://www.ayurvedaru.ru>
2. Бонгард – Левин Т.М.:
3. Древнеиндийская цивилизация.- М., 1993

УДК 576.311.347.3

О ДЕЙСТВИИ СОЛЕЙ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ НА ИОННУЮ ПРОНИЦАЕМОСТЬ МЕМБРАН МИТОХОНДРИЙ ПЕЧЕНИ

Таджикулова О. Д., Эргашев Н. А., Асраров М. И., Гутникова А. Р.

Институт физиологии и биофизики АН РУЗ

Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. В. Вахидова

Научный руководитель: д.б.н., проф. Усманов П. Б.

Тяжелые металлы загрязняют окружающую среду и во многом определяют неблагоприятную экологическую обстановку и рост заболеваемости в промышленно развитых районах (5). Трудности оценки степени риска их воздействия на организм человека связаны с тем, что в реальной жизни приходится сталкиваться с воздействием не одного какого-то токсического вещества, а смеси соединений тяжелых металлов самого различного состава, специфичных для каждого региона, с присущими им синергичными и антагонистичными свойствами и особенностями взаимодействия (3).

В настоящее время можно считать бесспорным, что в основе токсического действия различных веществ, в том числе и соединений тяжелых металлов, лежит повреждение клеток, сопровождающееся их структурно-функциональными изменениями, и, прежде всего, нарушением структуры и функции мембран. (1, 2).

В условиях воздействия тяжелых металлов на организм первым органом – мишенью является печень, также чувствительны мембраны клеток и внутриклеточных органелл, особенно митохондрии (7, 8). В обычных условиях внутренняя мембрана митохондрий непроницаема для заряженных частиц, поэтому увеличение их проницаемости для катионов, при которой усиливается их перенос внутрь, служит объективным критерием повреждения митохондрий. С учетом изложенного, необходимо дальнейшее изучение влияния солей тяжелых металлов на мембранные структуры. Это не только расширит знание механизмов их патологического действия на организм, но и позволит разработать адекватные методы лечения.

Целью исследования является изучение влияния композиционной смеси, состоящей из солей меди, марганца, хрома и молибдена, характерной для зоны воздействия металлургических предприятий Ташкентской области, на ионную проницаемость мембран митохондрий печени крыс.

Материалы и методы. Исследования выполнены на 40 половозрелых крысах породы Вистар массой 140–150 г, содержавшихся в условиях вивария на стандартном пищевом рационе, разделенных на 3 группы. 1 – соматически здоровые животные, служившие биоконтролем. 2- крысы с субхроническим отравлением металлосодержащей токсической смесью,

состоящей из солей меди, марганца, молибдена и хрома в дозе: CuSO_4 –60 мг/кг, KMnO_4 –11,2 мг/кг, $(\text{NH}_4)_2\text{MoO}_4$ – 10 мг/кг, $\text{K}_2\text{Cr}_2\text{O}_7$ – 1,19 мг/кг массы тела. Смесь вводилась через день внутривентально на протяжении 4 недель. Соотношение металлов в комбинации соответствовало среднему соотношению в почвах в районе Алмалыкского горно-металлургического комбината (Ташкентская область, Узбекистан).

Митохондрии печени крыс выделяли методом дифференциального центрифугирования (4). Среда выделения содержала 250 мМ сахарозу, 10 мМ трис-хлорид, 1 мМ ЭДТА, pH 7,4. Пассивную проницаемость внутренней мембраны митохондрий для различных ионов исследовали методом Брайерли (6) на фотометре ЛМФ-69 путем регистрации изменения оптической плотности суспензии митохондрий при 540 нм. Определяли кинетику набухания дезэнергизованных митохондрий в изотонических растворах нитратов соответствующих катионов, забуференных 10 мМ трис-нитратом, pH 7,4 и содержащих ингибитор дыхательной цепи – ротенон. Для оценки протонной проводимости использовали изотонический раствор нитрата аммония. Содержание белка в суспензии митохондрий определяли колориметрически биуретовым методом. Статистическую достоверность различий определяли по критерию t Стьюдента. Каждое значение, представленное в таблице или графически, является средним результатом минимум 15 идентичных измерений.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенных исследований установлено, что введение испытуемым животным смеси тяжелых металлов приводит к резкому ухудшению соматического статуса животных. Сопровождается значительным снижением веса, в среднем на 30%, и высокой летальностью, которая достигает 21%.

В экспериментах *in vivo* изучено состояние пассивной проницаемости внутренней мембраны митохондрий печени крыс разных групп. Введение металлосодержащей смеси индуцирует пассивную проницаемость мембран митохондрий для ионов K^+ и Ca^{2+} , вызывает усиление протонной проницаемости (табл. 1). Индукция потока одновалентных катионов в мембране митохондрий, как правило, должна привести к снижению мембранного потенциала. В этих условиях снижается скорость набухания митохондрий в среде, содержащей Ca^{2+} (табл. 1). Известно, что транспорт протонов и ионов K^+ через внутреннюю мембрану митохондрий играет важную роль при функционировании системы окислительного фосфорилирования. Нарушение H^+ , K^+ -проницаемости мембран вызывает снижение мембранного потенциала, что, в свою очередь, закономерно приводит к нарушению энергозависимых процессов переноса веществ через мембрану и разобщению дыхания и окислительного фосфорилирования митохондрий, т.е. способствует нарушению их основной функции – функции энергообразования. Изменение проницаемости мембран для ионов K^+ указывает на изменение функции ЦсА-чувствительной поры митохондрий. Для уточнения этого факта, было проведено сравнение состояния ЦсА-чувствительной поры митохондрий, выделенных из печени здоровых и больных животных. Действительно, амплитуда и скорость набухания митохондрий, выделенных из печени животных с субхроническим отравлением, оказалась ниже по сравнению со скоростью набухания митохондрий, выделенных из печени здоровых особей (табл. 1). Следовательно, при отравлении солями тяжелых металлов ЦсА-чувствительная пора переходит в более закрытое конформационное состояние. Выявленные изменения внутренних мембран митохондрий, наблюдающиеся при интоксикации солями тяжелых металлов, вероятно, являются следствием их модификации вследствие активации ПОЛ.

Вывод. В механизме токсического действия смеси тяжелых металлов на организм животных определенную роль играют нарушение ионную проницаемость внутренних мембран митохондрий.

Таблица 1

Влияние комплекс тяжелых металлов на пассивную проницаемость внутренней мембраны митохондрий печени для ионов H^+ , K^+ , Ca^{2+} и состояние ЦсА-чувствительной поры в опытах *in vivo* при 30 дневной загрузке

Время, в минутах	Условия опыта	Пассивная проницаемость мембран митохондрий для катионов, в $\Delta\text{E}540$			Состояние ЦсА-чувствительной поры
		H^+	K^+	Ca^{2+}	
1	Контроль	21,52±0,30	21,35±0,41	26,14±0,58	23,0±0,32
	Опыт	22,33±0,34	21,93±0,38	23,86±0,42	22,6±0,41
	P	>0,25	>0,5	<0,02	>0,5
3	Контроль	22,64±0,33	21,98±0,45	29,97±0,83	29,1±0,78
	Опыт	24,36±0,41	23,15±0,43	26,24±0,24	26,9±0,54
	P	<0,02	>0,1	<0,01	>0,1
5	Контроль	23,68±0,29	22,68±0,46	31,91±0,96	35,1±0,56
	Опыт	26,24±0,68	24,07±0,46	27,14±0,23	30,3±0,32
	P	<0,02	>0,25	<0,01	<0,001

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Аксенова М. Е. Тяжелые металлы: механизмы нефротоксичности // Нефрология и диализ.-2000.- Т. 2, №1-2.
- Владимиров Ю.А., Арчаков А.И. / Перекисное окисление липидов биологических мембран. -1972.- М. Наука.
- Куценко С.А.. Основы токсикологии //Российский биомедицинский журнал. Medline.ru. - 2003.- Т. 4.-С. 119
- Северин С.Е., Соловьева Г.А. Практикум по биохимии. Изд-во МГУ.-1989.- С.403-487.
- Скачков М.В., Скачкова М.А., Верещагин Н.Н. Механизмы формирования предрасположенности к острым респираторным заболеваниям в регионах с высокой антропогенной нагрузкой// Гиг. и санитария.- 2002.- №5.- С.39-42
- Brierley G.P. Passive permeability and energy-linked ion movements in isolated heart mitochondria // Ann. N.Y.Acad. Sci.- 1974.- V.227.- P.398-411
- Coban T., Beduke Y., Iscan M. In vitro effect of cadmium and nickel on glutation, lipid peroxidation and glutation-S-transferase in human kidneys.// Toxicol. in vitro.- 1996.- 10.- P. 241-245.
- Martel J., Marion M., Denizenu F. Effect of cadmium on membrane potential in isolated rat hepatocytes.// Toxicol.- 1990, Vol. 60.- P. 161-172.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В КЛИНИКЕ ШИЗОФРЕНИИ**Тараканова Е. А.***Волгоградский государственный медицинский университет**Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, наркологии и психотерапии ФУВ***Научный руководитель: д.м.н., проф. Оруджев Н. Я.**

В последние годы часто говорится о новой концептуальной базе психиатрии, основное положение которой заключается в том, что все психические процессы имеют биологическую основу (10,11). В отношении шизофрении наиболее принятой является пятифакторная модель, в которой наряду с позитивными, негативными, аффективными расстройствами, возбуждением или агрессией, отдельно выделяется концептуальная дезорганизация и трудности абстрактного мышления, нарушения внимания, снижение волевых возможностей, рассеянность. Дефицитарность базисных когнитивных функций отражается на поведенческом уровне социального функционирования больного (5). Речь идет об утрате социально-психологического «инструментария», сформированного личностью годами. Нейрокогнитивный дефицит при шизофрении является генерализованным, больные при выполнении практически всех тестов демонстрируют результаты ниже, чем у здоровых субъектов, что позволяет предположить вовлечение различных анатомических структур мозга (1,8,9). До настоящего времени изучение взаимосвязи между когнитивными расстройствами и состоянием мозговых структур традиционно осуществлялось по отношению к заболеваниям неврологического круга, органическим поражениям ЦНС различной этиологии. В отношении больных эндогенными заболеваниями, в частности, шизофренией, такие исследования не являются традиционными. Нейропсихологическое исследование, улавливающее даже слабоструктурированные расстройства различных функциональных систем головного мозга, является весьма информативным подходом для прогнозирования нарушений. Особенно важным этот вопрос представляется в отношении лиц молодого возраста.

Наше исследование направлено на изучение структуры нейропсихологического синдрома у больных шизофренией и определение корреляционных взаимосвязей между уровнем дезадаптации и степенью выраженности когнитивного дефицита (6). Использовалась нейропсихологическая методика, разработанная Московским НИИ психиатрии МЗ РФ, проанализированы данные клинко-нейропсихологического исследования 50 больных шизофренией. Наиболее пострадавшими у больных являлись такие функции, как внимание, память (особенно непосредственное запоминание), счетные операции, пространственный и конструктивный виды праксиса. В соответствии с учением А.Р.Лурия о трех функциональных блоках, у больных шизофренией прежде всего отмечается дисфункция I функционального блока (энергетического). Это проявляется замедленностью, истощаемостью большинства корковых функций, и III блока – программирования, регуляции и контроля психической деятельности, что в структуре нейропсихологического синдрома было представлено выраженной недостаточностью интеллектуально-мнестической деятельности, т.е. дисфункцией теменных, височных, лобных и затылочных структур мозга.

На фоне общего ухудшения нейропсихологических функций у больных отмечается определенный дефицит памяти, внимания, скорости обработки информации. При этом нарушения внимания, которые были отмечены у 74% больных, проявляются как в слуховой, так и в визуальной сферах. Дефекты внимания заключались в сужении объема внимания, трудностях переключения и концентрации, повышенной чувствительности к отвлекающим факторам.

Расстройства памяти, особенно непосредственной, отмечаемые в 68-77% случаев, также являются доминирующей характеристикой больных шизофренией. Нарушения памяти чаще всего и являются причиной того, что больные шизофренией имеют значительные трудности социальной адаптации, в частности, при исполнительных функциях, таких, как составление и выполнение планов, решение новых проблем, требующих привлечения прежних знаний. У достаточно большого числа больных были выявлены нарушения счетной деятельности – 66%. С такой же частотой (67%) выявлялись расстройства пространственного и конструктивного праксиса. При анализе полученных данных было обнаружено, что количественные показатели соответствуют качественным нарушениям высших психических функций и коррелируют с частотой их встречаемости.

Были выделены 3 группы дезадаптации больных. I группа – легкая дезадаптация, состояла из 16 человек (32%), II группа – средний уровень дезадаптации – 12 пациентов (24%), III группа – выраженная дезадаптация – 22 пациента (44%). У больных I группы обнаружена нейропсихологическая симптоматика, свидетельствующая о заинтересованности корковых структур преимущественно левого полушария с влиянием на глубинные его отделы. При этом дальнейшее нарастание дезадаптации во II и III группах не приводило к появлению новых нейропсихологических нарушений, а отмечалось лишь углубление уже выявленных органических признаков и нарастание степени их тяжести. Так, при I уровне дезадаптации степень выраженности дефекта по группе в целом составляла 1,8 балла, при II уровне – 2,4 балла, при III уровне – 2,63 балла.

Таким образом, сопоставление полученных результатов нейропсихологического исследования с различными уровнями дезадаптации выявило следующие корреляционные связи: чем сохраннее социальная адаптация больных, тем меньше отмечается дефектов высших психических функций и тем менее они выражены. Можно отметить, что наиболее адекватным подходом для изучения состояния когнитивных процессов у лиц молодого возраста, страдающих шизофренией, является нейропсихологический метод исследования, позволивший выявить различные симптомокомплексы нарушения высших корковых функций, свидетельствующие о заинтересованности структур головного мозга, определяющих тот или иной уровень нарушения адаптации больных. В специальной литературе широко представлено мнение о выраженной зависимости между уровнем когнитивного поражения при шизофрении и социальным дефицитом, а также функциональным исходом таких больных (2,3,12). Вопрос об этой взаимосвязи представляется чрезвычайно значимым, так как точкой приложения усилий многих психиатров становится не только уменьшение выраженности позитивной и негативной симптоматики, но и улучшение показателей когнитивного функционирования больных шизофренией (4,7,13).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аведисова А.С., Вериги Н.Н. Шизофрения и когнитивный дефицит. // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2001. - т.3. - №6. - С. 202-204.
2. Бурковский Г.В., Кабанов М.М., Коцюбинский А.П. с соавт. Методология и проблемы создания и использования измерительных инструментов качества жизни психически больных. // Психосоциальная реабилитация и качество жизни. - СПб., 2001. - С.80-93.

3. Вассерман Л.И., Громов С.А., Михайлов В.А. с соавт. Концепции реабилитации и качества жизни: преемственность и различия в современных подходах // Психосоциальная реабилитация и качество жизни. - СПб., 2001. - С. 103-115.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Магомедова М.В. Соотношение нейрокогнитивного дефицита и социального функционирования больных шизофренией и шизоаффективным расстройством на различных этапах заболевания. // Социальная и клиническая психиатрия. - 2001. - т. 11. - № 4. - С. 31-35.
5. Касимова Л.Н., Акимов Е.В., Лунов А.Д. Нейропсихологическое исследование дефицитарных состояний. // Сибирский вестник. - 2003. - №1 (27). - С. 98-101.
6. Магомедова М.В. О нейрокогнитивном дефиците и его связи с уровнем социальной компетентности у больных шизофренией. // Социальная и клиническая психиатрия. 2000. - № 1. - С. 92-98.
7. Bellack A.S., Gold J.M., Buchanan R.W. Cognitive rehabilitation for schizophrenia: problems, prospects and strategies. // Schizophr. Bull. 1999. vol. 25. № 2. p. 257-274.
8. Bilder R.M., Goldman R.S., Robinson D. et al. Neuropsychology of first-episode schizophrenia: initial characterization and clinical correlates. 2000. vol.157. p. 549-559.
9. Braus D.F., Weber-Fahr W., Tost H. Sensory information processing in neuroleptic-naïve first-episode schizophrenic patients: a functional magnetic resonance imaging study // Arch. Gen. Psychiatry. 2002. Vol. 59. N 8. P. 696-701.
10. Breier A. Cognitive deficit in schizophrenia and its neurochemical basis. // Br. J. Psychiatry. 1999. vol. 174. suppl. 37. p. 16-18.
11. Copolov D., Velakolis D., McGorry P. Neurobiological findings in early phase schizophrenia // Brain Res. Rev. 2000. Vol. 31.N 2-3. P. 157-165.
12. Corrigan P.W. The social perceptual deficits of schizophrenia. // Psychiatry. 1997. vol. 60. p. 309-325.
13. Green M.F. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? // Am. J. Psychiatry. 1996. vol. 153. p. 321-330.

УДК 614.253:616.89

ТРЕБОВАНИЯ БИОЭТИКИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПСИХИАТРА

Тараканова Е. А., Ковалева Ю. А., Нечаева Е. Г.

Волгоградский государственный медицинский университет

Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, наркологии и психотерапии ФУВ

Научный руководитель: д.м.н., проф. Седова Н. Н.

Возникновение и развитие биоэтики во многом было ответом на так называемые «проблемные ситуации» в современной медицине. Некоторые основополагающие проблемы биоэтики оказались исключительно близки по содержанию морально-этическим дилеммам, возникающим при оказании психиатрической помощи. В то же время определился и ряд специфических для психиатрической практики проблем, которые требуют отдельного этического анализа и не могут быть решены путем простых аналогий с другими сферами медицинской деятельности.

Это обуславливается, во-первых, особенностями пациентов практической психиатрии, во-вторых, сложностями диагностики и широким диапазоном психических расстройств от пограничных нарушений адаптации до выраженных хронических психозов и слабоумия. Социальные факторы оказывают свое влияние как на состояние психического здоровья отдельных граждан и общества в целом, так и на формирование общественных взглядов и концептуальных понятий о сущности психической нормы и патологии. При этом многие социальные факторы (ситуации), воспринимаемые и осознаваемые (либо неосознаваемые) личностью, могут становиться патогенными, приводить к деформированию социальных отношений индивида и, как следствие, определять развитие психической патологии.

В рамках клинико-социального исследования корреляционных взаимоотношений типа самостигматизации и качества жизни больных шизофренией нами было обследовано 345 пациентов, находящихся на лечении в психиатрических стационарах города и области. Одной из задач работы было изучение особенностей формирования и типологии самостигматизации больных шизофренией с использованием специально разработанного опросника НЦПЗ. В данном опроснике тесно переплелись вопросы, касающиеся как особенностей формирования стигмы психически больного (которая уже сама по себе является одним из наиболее сложных и проблемных вопросов биоэтики), так и другим важным этическим вопросам именно психиатрической практики.

Одной из наиболее сложных и важных этических проблем психиатрии являются существующие сложности разграничения нормы и патологии, гипердиагностика психических заболеваний, перенос клинических оценок и терминов на множество вариантов индивидуального своеобразия личности и социального поведения человека. Профессиональная этика требует от психиатра предельной честности, объективности и ответственности при вынесении заключений о состоянии психического здоровья. Зачастую трудности дифференциации психической нормы и патологии приводят к формированию в сознании как отдельного индивида, так и общества в целом, представления о том, что даже сам факт обращения к психиатру свидетельствует о наличии у человека психического расстройства, и этим отличает его от остальных, «нормальных», людей. В частности, в проводимом опросе больные шизофренией при предъявлении им утверждения «Если человек лечился у психиатра, к нему никогда не будут относиться, как к здоровому», с последним были «определенно согласны» 53,3% опрошенных, «скорее согласны» - 15,1%, «скорее не согласны» - 13,0%, «не согласны» - 18,6%. Еще одной этической проблемой является возможность применения к некоторым категориям психически больных недобровольных мер – принуждения, в частности, речь идет о недобровольном лечении. В эτικο-юридическом плане – это типичная «проблемная ситуация», так как пациенту в данном случае должны быть обеспечены специальные гарантии защиты его гражданских прав. В законе РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» принцип добровольности оказания психиатрической помощи является основополагающим, предвзяв все прочие нормы (ст.4). Таким образом, этическая задача психиатра - ограничение сферы принуждения при оказании психиатрической помощи до пределов, определяемых медицинской необходимостью. Частным случаем данной «проблемной ситуации» считается существующее и определенное в соответствующих юридических документах право больного на отказ от лечения как источник биоэтической дилеммы. На одном ее полюсе – право любого пациента на отказ от лечения – общепризнанная эτικο-гуманистическая ценность и юридически-правовая норма. На другом полюсе – особенности психически больных, чей отказ от лечения может как осложнить работу врача-психиатра, так и актуализировать проблему опасности лица, страдающего психическим расстройством, для себя и/или окружающих.

Таким образом, следующей задачей психиатрической этики становится регулирование социальных санкций в отношении психически больных. Неоправданное ограничение прав больных, пренебрежительное к ним отношение, унижение человеческого достоинства сформулировали необходимость осмысления данной проблемы и формирования идеологии защиты прав психически больных людей. Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»

лицам с психическими расстройствами гарантируются все права и свободы граждан, предусмотренные Конституцией и законодательством РФ (ст.5). В то же время, при оценке себя и своего состояния, больные шизофренией зачастую отмечают прямое или опосредованное нарушение своих прав. Иллюстрацией могут послужить следующие примеры. С утверждением «Из-за болезни мне не доверяют интересующей меня работы» были «определенно согласны» 26,7%, «скорее согласны» - 39,4%, «скорее не согласны» - 15,9%, «не согласны» - 18,0%. С фразами «Из-за болезни мне не дают повышать образовательный уровень так, как я хочу» и «Из-за того, что я болен, окружающие мешают мне жить активной, деятельной жизнью» были, соответственно, «определенно согласны» 27,8% и 29,6%, «скорее согласны» - 41,2% и 28,4%, «скорее не согласны» - 17,4% и 20,0%, «не согласны» - 13,6% и 22,0%.

Дилемма патерналистского и непатерналистского подходов в современной медицине является «сквозной» для биоэтики в целом. При патерналистской модели взаимоотношений врача и пациента полноту ответственности за принятие клинических решений берет на себя врач. Напротив, ключевая категория непатерналистской модели – категория прав пациента. Несомненно, одной из особенностей психиатрии как медицинской науки и практики является чрезвычайно широкий континуум пациентов. Часть из них, в силу наличия тяжелых нарушений психической деятельности (будь то выраженные продуктивные расстройства, формирование дефекта эмоционально-волевой сферы, негативная симптоматика при эндогенных заболеваниях, врожденные или приобретенные интеллектуально-мнестические расстройства - слабоумие) не могут самостоятельно выражать и отстаивать свои интересы. Становится очевидным, что для данной категории больных наиболее приемлемой и адекватной является патерналистская модель. Это не означает полного игнорирования мнения пациента и принуждения его к чему-либо, хотя в решающие моменты врач вправе использовать всю полноту данной ему власти, которая, несомненно, не должна оставаться без этического контроля. При этом нравственными ограничителями служат добросовестность и ответственность врача-психиатра. Другая категория больных, с так называемыми пограничными психическими расстройствами (неврозы, депрессии, расстройства адаптации и др.), вполне самостоятельны в своем волеизъявлении и самоопределении, по своему интеллектуальному, правовому, нравственному сознанию зачастую ничуть не уступают врачу-психиатру. В таких случаях, естественно, патерналистская модель неприемлема. Отношения врача и пациента должны строиться на основе партнерства, причем врач выступает в роли компетентного профессионала, он отвечает за качество обследования и лечения, однако ответственность за выбор и решение лежит на самом пациенте. Особенностью психиатрии является и то, что по отношению к одному и тому же пациенту эти модели взаимоотношений с врачом могут сменять друг друга на разных этапах течения болезни (например, в период обострения симптоматики и в ремиссии). Таким образом, этической задачей психиатрии становится установление оптимальных взаимоотношений между врачом и пациентом в каждой конкретной ситуации. В проведенном исследовании типологии самостигматизации данная этическая проблема может быть наиболее ярко проиллюстрирована двумя утверждениями, с которыми соглашались или не соглашались пациенты. С первым утверждением - «Важные решения за больных обычно принимают здоровые» - из 345 опрошенных больных шизофренией «определенно согласны» были 19,7%, «скорее согласны» - 39,7%, «скорее не согласны» - 23,2%, «не согласны» - 17,4%. Второе утверждение – «Деятельность больного контролируется обществом», с ним были «определенно согласны» 21,2%, «скорее согласны» - 44,1%, «скорее не согласны» - 24,1%, «не согласны» - 10,6%. Данные примеры позволяют сделать выводы о том, что в сознании больного шизофренией доминирующей моделью взаимоотношений как с врачом, так и с обществом, на настоящий момент остается патерналистская модель, в которой пациенты занимают пассивное и подчиненное положение. Это служит предпосылкой для дальнейшего развития различных моделей взаимоотношений врача-психиатра с разными категориями психически больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Биомедицинская этика // под ред. Покровского В.И. - М., Медицина. - 1997.
2. Финзен А. Психоз и стигма. - М., 2001.
3. Этика практической психиатрии. Руководство для врачей // под ред. Тихоненко В.А. - М.: ГНЦ СПП им. В.П. Сербского. - 1996.

УДК 616.12-008.46-002.2:313.13

АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ И СТРУКТУРЫ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА АМБУЛАТОРНОМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

Тарских А. А., Фролова О. В., Ковальцова К. А., Репина А. В., Попова Е. В., Олейникова А. С.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра внутренних болезней № 2 с курсом ИПО*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Штегман О. А.

В настоящее время хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одной из главных проблем здравоохранения во многих странах мира, в том числе в России, США и экономически развитых странах Запада, так как очень велики ежегодные расходы на лечение больных, а смертность остается высокой. По данным Фрементгемского исследования, заболеваемость ХСН увеличивается с возрастом. Очевидно, что отчетливая тенденция к «постарению» населения планеты в последние десятилетия вызовет еще большую распространенность ХСН, которой страдает в настоящее время 1-2% населения в экономически развитых странах мира [1]. ХСН продолжает оставаться летальной стадией сердечно-сосудистой патологии, обусловленной артериальной гипертензией, коронарной болезнью сердца, поражениями его клапанного аппарата, сахарным диабетом и кардиомиопатиями. Анализ этиологических факторов развития ХСН осложняется частым сосуществованием различных факторов и особенностями их регистрации национальными статистическими органами. Тем не менее, очевидно, что основными причинами ХСН являются ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия и сахарный диабет. В общей популяции 87% случаев ХСН обусловлены ИБС и/или артериальной гипертензией [2]. При этом значение ИБС и сахарного диабета увеличивается, а артериальной гипертензии и клапанных поражений сердца несколько уменьшается. У больных пожилого и старческого возраста нередко имеется несколько этиологических факторов, приводящих к развитию ХСН. Именно больным старших возрастных групп свойственна полиморбидность, и ХСН у этого контингента носит многофакторный характер [1].

Целью исследования явилось проведение клинико-статистического анализа ХСН у пациентов на амбулаторно-терапевтическом приеме.

Задачи исследования.

- 1) Изучить встречаемость ХСН и факторов риска ХСН среди пациентов амбулаторно-терапевтического приёма.
- 2) Установить причины возникновения одышки у больных с подозрением на ХСН и отсутствием признаков нарушения сердечной функции по данным эхокардиографии.
- 3) Изучить этиологическую структуру ХСН у пациентов с симптоматической ХСН на амбулаторно-терапевтическом приеме.

Материал и методы: Отбор исследуемых осуществлялся методом сплошной выборки в поликлиниках Советского района города Красноярск. В исследовании приняло участие 2446 человека (1071 мужчин, 1375 женщин), последовательно явившиеся на амбулаторно-терапевтический приём, прошедшие анкетирование с помощью эпидемиологической анкеты для выявления ХСН общества специалистов по сердечной недостаточности (ОССН) и анкеты по выявлению основных факторов риска развития ХСН. Пациенты с признаками сердечной недостаточности, подписывали информированное согласие на участие в исследовании. Подозрение на симптомную ХСН по данным эпидемиологической анкеты среди больных амбулаторного приема наблюдалось у 631 больного (25,8 % случаев). Из 616 выявленных пациентов с подозрением на ХСН в исследование было включено 266 человек, которые подверглись полному клиническому осмотру, эхокардиографии на ультразвуковом аппарате Vivid 7 Pro. При эхокардиографии оценивались размеры полостей сердца, скорости раннего и позднего трансмитрального потоков и скорости раннего и позднего диастолического смещения кольца митрального клапана. У 110 пациентов диагноз ХСН был исключён на основании выявления фракции выброса более 50%, отсутствия увеличения камер сердца (конечный диастолический размер левого желудочка 55 мм и менее, конечный систолический размер левого желудочка 45 мм и менее, размер левого предсердия 40 мм и менее), выявления скорости раннего диастолического смещения кольца митрального клапана (E_m) > 8 см/сек, соотношения скорости раннего трансмитрального диастолического потока (E) и скорости раннего диастолического смещения кольца митрального клапана (E/E_m) < 8, а также наличия причин, объясняющих симптомы сходные с проявлениями ХСН. Пациенты в зависимости от наличия сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и ХСН были распределены по группам: 1 группа – без ХСН (17 мужчин и 93 женщины), 2 группа - пациенты с ХСН I стадии (35 мужчин и 80 женщины), 3 группа – пациенты с застойной ХСН (17 мужчины и 24 женщины). Статистическая обработка проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 7,0.

Результаты и обсуждение: Клинически и инструментально, наличие ХСН было подтверждено у 156 человек, что составляет 15,1% случаев от всех больных амбулаторно-терапевтического приёма. Впервые диагноз ХСН на амбулаторно-терапевтическом приеме был поставлен 23 пациентам (14,7%).

По данным эпидемиологической анкеты установлено, что доля больных с ХСН увеличивается с возрастом. Так, среди женщин в возрасте до 40 лет доля больных с ХСН составляет 2,3%, а в возрасте после 40 доля больных с ХСН 45,8%. Аналогично среди мужчин в возрасте до 40 лет доля больных с ХСН составляет 2,49%, а в возрасте после 40 – 28,28%. Более высокий процент встречаемости ХСН, по данным анкеты, наблюдался у женщин в сравнении с мужчинами (33,6% против 15,6%). Отличия достоверны при $P < 0,001$.

Анализ частоты выявления факторов риска ХСН в разных возрастных группах у женщин показал, что СД чаще всего встречался в группе 60-64 лет – 35 больных (22,6% случаев). Страдали АГ чаще всего также в возрастной группе 60-64 лет – 129 (83,2% случаев) человек. Перенесли ИМ больше всего людей в возрастной группе 75-80 лет – 23 пациентов (25,6% случаев). Больше всего курят в группе 20-24 лет – 41 (32,8% случаев) человек. Злоупотребляют алкоголем больше всего в возрастной группе 25-29 лет – 8 (9,1% случаев) человек.

Встречаемость факторов риска развития ХСН среди опрошенных мужчин была следующей: СД чаще всего встречается в группе 70-74 лет – 9 больных (13,85% случаев). Страдали АГ чаще всего в возрастной группе 70-74 лет – 50 человек (76,92% случаев). Перенесли ИМ больше всего людей в возрастной группе 70-74 лет – 21 пациент (32,31% случаев). Больше всего курят в группе 30-34 лет – 73 человека (72,28% случаев). Злоупотребляют алкоголем больше всего также в возрастной группе 20-24 года – 52 человека (30,77%).

Такие факторы риска развития сердечной недостаточности, как сахарный диабет (СД), артериальная гипертония (АГ) и инфаркт миокарда (ИМ) встречались чаще в возрастной группе после 40 лет, а курение и злоупотребление алкоголем – до 40 лет. СД и АГ чаще встречались среди женщин, а ИМ, курение и злоупотребление алкоголем – среди мужчин. Отличия достоверны при $P < 0,05$.

Из 110 пациентов с положительной анкетой для выявления ХСН, у которых в результате клинического обследования и эхокардиографии диагноз ХСН был снят, наиболее частой причиной возникновения одышки была детренированность – 27,3%. В 23,6% случаев возникновение одышки было связано с нейро-циркуляторной дистонией. В 15,5% случаев одышка была связана с бронхообструктивным синдромом. В 11,8% случаев причиной одышки были ожирение. В 2,7% случаев – анемия.

Анализ этиологических факторов развития ХСН выявил, что наиболее частой причиной возникновения ХСН явилась АГ в сочетании с ИБС. Данное сочетание наблюдалось у 88 из 156 больных (56,4%). Основными причинами ХСН у мужчин СН I стадией и застойной хронической сердечной недостаточностью являются ИБС в сочетании с АГ (69% и 65% соответственно), на втором месте у мужчин с ХСН I - АГ (29%), а у мужчин с застойной ХСН – ИБС (18%). У женщин с ХСН I стадии и застойной ХСН основной причиной развития ХСН явилась ИБС в сочетании с АГ (55% и 38%), на втором месте АГ (42% и 33%).

Выводы:

1. Подозрение на симптомную ХСН, по данным эпидемиологической анкеты для выявления ХСН общества специалистов по сердечной недостаточности, среди больных амбулаторно-терапевтического приема наблюдается в 25,8%, при этом ХСН подтверждается в 15,1% случаев.
2. Распространенность ХСН увеличивается с возрастом как у мужчин, так и у женщин.
3. Среди факторов риска ХСН сахарный диабет и артериальная гипертония достоверно чаще выявляется у женщин, а курение и злоупотребление алкоголем у мужчин.

4. Наиболее частой причиной возникновения одышки у больных без наличия ХСН стала детренированность – 27,3%.
5. Наиболее частой причиной ХСН явилась АГ в сочетании с ИБС – 56%, следовательно, для снижения уровня заболеваемости населения сердечной недостаточностью, необходимо усилить меры профилактики данных заболеваний.
6. Основными причинами ХСН у мужчин СН I стадией и застойной хронической сердечной недостаточностью являются ИБС в сочетании с АГ (69% и 65% соответственно), на втором месте у мужчин с ХСН I - АГ (29%), а у мужчин с застойной ХСН – ИБС (18%). У женщин с ХСН I стадии и застойной ХСН основной причиной развития ХСН явилась ИБС в сочетании с АГ (55% и 38%), на втором месте АГ (42% и 33%).
7. Наиболее частыми факторами риска у женщин с СН I стадией и застойной ХСН является СД 2 типа (34% и 25%), а у мужчин – ИМ в анамнезе (52% и 71%), а также курение (23% и 53%).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

6. Малая Л.Т., Горб Ю.Г. Хроническая сердечная недостаточность: Новейший справочник. — М.: ЭКСМО; 2004. - 960 с.
7. Bellotti P., Badano L.P., Acquaroni N., et al. Specially related differences in the epidemiology, clinical profile, management and outcome of patients hospitalized for heart failure. The OSCUH study // Eur Heart J. - 2001. - № 22. - P. 596-604.

УДК 616.33-002.44-089:616.329/.33-008.17

ФОРМИРОВАНИЕ КАРДИАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ПРИ ЯЗВЕННЫХ СТЕНОЗАХ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Теплищев М. И., Проваторов А. Ю., Федоров Д. Ю., Гольчик А. В.

*Томский военно-медицинский институт
Кафедра военно-полевой хирургии*

Научный руководитель: д.м.н. Баширов С. Р.

Актуальность темы заключается в том, что в настоящее время проблема язвенной болезни и ее осложнений стоит на лидирующих позициях. Одним из грозных осложнений является язвенный стеноз, осложненный гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью [2] .

Желудочно-пищеводный заброс является результатом относительной или абсолютной недостаточности запирающего механизма кардии [3] . К относительной недостаточности кардии приводит значительный рост интрагастрального давления. Относительная недостаточность кардиального сфинктера встречается у 9-13% больных с ГЭРБ. Гораздо чаще имеет место абсолютная недостаточность кардии [1] . При всех оперативных вмешательствах, восстанавливающих нормальную функцию кардии (по методике Nissen, Thoupet и др.) происходит деформация кардиального сфинктера, что приводит к нарушению физиологичности процесса эвакуации из желудка и к дисфагии. В связи с этим мы попытались из зоны резекции смоделировать мышечный лоскут, который бы обворачивался вокруг кардии и создавал мышечную петлю.

Целью работы стало моделирование кардии у больных с язвенным стенозом, осложненной гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Суть методики заключается в удалении патологически измененной зоны стеноза, удаление кислотопродуцирующей зоны малой кривизны, моделирование привратника, формирование мышечной петли из резецированной части, которая обворачивается вокруг кардии.

Материалы и методы исследования: На базе экспериментальной лаборатории кафедры военно-полевой хирургии было прооперировано 8 беспородных собак с применением эндотрахеального наркоза. После операции, собаки ежедневно объективно наблюдались в виде оценки состояния, активности собак, питания, явлений дисфагии. Все собаки на вторые сутки после операции начали питаться, были активны. Явлений дисфагии, рвоты, жидкого стула не наблюдалось. Проведено рентгеноскопическое и морфологическое исследование.

В клинике Томского Военно-Медицинского Института методика применена на 5 больных. Все больные имели длительный язвенный анамнез, явления субкомпенсированного и компенсированного стеноза, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Протокол операции:

Больная Ч., 55 лет. После обработки операционного поля под общей анестезией выполнена верхнесрединная лапаротомия с обходом пупка слева. Адгезиолизис (мобилизация диафрагмальной поверхности и висцеральной поверхности печени от передней стенки двенадцатиперстной кишки и выходного отдела желудка, малого сальника). Произведена мобилизация желудка по большой кривизне до места слияния правой и левой желудочно-сальниковых артерий, по малой кривизне – до пищеводно-желудочного перехода. Мобилизована зона рубцово-язвенного стеноза двенадцатиперстной кишки от головки поджелудочной железы и элементов гепатодуоденальной связки. С помощью механического шва разобщены между собой желудок и двенадцатиперстная кишка. По передней стенке желудка по ходу малой кривизны сформирован несвободный серозно-мышечный лоскут с основанием в области субкардии, размером 65х11 мм, путем отсепарирования серозно-мышечной оболочки от подслизистой основы. По линии предполагаемой резекции на уровне постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки сразу ниже зоны стеноза наложены нити-держалки, циркулярно рассечена серозно-мышечная оболочка. Произведена трубчатая резекция 2/3 желудка с формированием малой кривизны с помощью механического шва (УКЛ-40, 60), непрерывного кетгутового шва и узловых серозно-мышечных швов. На дистальном конце культи желудка сформирован мышечный жом в виде манжеты высотой 10-12 мм. Культи желудка дренирована через назогастральный зонд и промывта. Сформированный серозно-мышечный лоскут на держалке проведен по задней полуокружности пищеводно-желудочного перехода, задней стенки пищевода по направлению к малой кривизне желудка. Обработавшийся избыток лоскута (15 мм) отсечен, конец его фиксирован узловыми швами к пищеводно-желудочному переходу по малой кривизне. Произведена передняя эзофагофундорография путем наложения узловых швов над сформированной мышечной петлей между передней стенкой пищевода и дном желудка. Между задней полуокружностью мышечного жома желудка и дистальным краем серозно-мышечной оболочки задней полуокружности двенадцатиперстной кишки наложен

первый ряд узловых швов. Контактирующие подслизистые оболочки задней полуокружности желудка и двенадцатиперстной кишки сшиты непосредственно над уровнем первого ряда швов двумя встречными кетгутowymi нитями 3/0 на атравматичной игле. Подслизистые оболочки передней полуокружности соустья анастомозированы теми же кетгутowymi нитями на удалении 8-10 мм от мышечного жома. Образованная створка из подслизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки погружена серозно-мышечными швами. Дренажное пространство подпеченочного пространства. Послеоперационных осложнений и летальности не было. Послеоперационный койко/день 9 ± 2 . Все больные выписались в удовлетворительном состоянии. Через 2 недели у больных исчезла изжога, чувство жжения за грудиной, тошнота, отрыжка, явления дисфагии. На контрольном эндоскопическом и рентгенологическом исследованиях функция кардии восстановлена, признаков рефлюкс-эзофагита не выявлено.

Таким образом, разработанная методика моделирования кардии является эффективным методом лечения ГЭРБ у больных с язвенными стенозами выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Байтингер В.Ф. Сфинктеры пищеварительного тракта. - Томск, 1994. - 208 с.
2. Василенко В.Х., Суворова Т.А., Гребнев А.Л. Ахалазия кардии. - Москва, 1992. - 278 с.
3. Мерзликин Н.В., Бражникова Н.А., Альперович Б.И. и др. Клинические лекции по абдоминальной хирургии. - Томск, 2007. - 493 с.

УДК 616.211-002:615.85:612.014

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МИОФАСЦИАЛЬНОЙ РЕЛИЗ-ТЕХНИКИ В ТЕРАПИИ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА

Техтерекова Н. С.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра лор-болезней с курсом ПО*

Научный руководитель: к.м.н., асс. Терскова Н. В.

Вазомоторный ринит (ВР) является общим заболеванием с местным преимущественным проявлением патологии в полости носа. В структуре заболеваний полости носа и околоносовых пазух ВР занимает одно из первых мест, причём отмечаются тенденции к возрастанию удельного веса этого заболевания [1,6].

В настоящее время в концепции патогенеза ВР ведущей является теория о нарушении регуляции звеньев вегетативной нервной системы с преобладанием парасимпатических или симпатических влияний [2,5]. До момента вмешательства нервной системы во взаимодействие со средой вступает фасция, принимая «автономные решения», и в этом смысле о ней можно говорить как о «периферическом мозге». Фасция тесно связана с мышцей и, таким образом, сопровождает акты мышечного сокращения и удлинения. Такого рода способность к упругой деформации обеспечивается вязко-эластическими свойствами фасции. Эти свойства, в свою очередь, обеспечиваются взаимным соотношением элементов соединительной ткани - фибробластов, коллагеновых и эластических волокон и основного аморфного вещества. Аморфное основное вещество фасции является первым барьером защиты организма и, таким образом, фасция является существенной частью иммунной системы.

Живым тканям присущи два способа деформации: пластическая и эластическая. Это обеспечивается метаболизмом жидкости и реализуется посредством феномена тканевого гистерезиса [3].

Системой диагностики и лечения мышечно-фасциальной системы является миофасциальный релиз (МФР). Термин миофасциальный релиз был впервые введён в употребление американским остеопатом д-ром Робертом Уордом в 1960 году, чтобы описать его подход к работе с мягкими тканями. Техника миофасциального релиза (myofascial releasing technique) - является важнейшим направлением современной мануальной медицины и относится также как и миоэнергетические техники к категории «мягких» или «мягкотканых» техник (soft techniques). При применении МФР важен контроль рефлексорных реакций, которые являются следствием стимуляции механорецепторов расположенных в фасциях и мышцах (деформация рецепторного поля). При применении этих техник необходимо ориентироваться в упругих свойствах ткани и уметь выделять ее пластические и эластические свойства (вязко-эластические свойства), контролировать пределы элонгации с четким представлением о распределении упругих барьеров

Цель исследования: изучить особенности вазомоторных реакций микрососудов слизистой оболочки полости носа при вазомоторном рините (ВР) и патогенетически обосновать целесообразность применения миофасциальной релиз-техники в терапии данной нозологии.

Методы: в ходе рандомизированного, проспективного, контролируемого, открытого, комплексного, клинко-инструментального исследования обследованы 30 человек обоего пола (группа № 1 и группа № 2) с верифицированным диагнозом хронический вазомоторный ринит в возрасте от 18 до 55 (60) лет. В основной группе пациентов № 1 - 15 человек - в составе комплексной терапии ирригации физиологическим раствором полости носа применялась миофасциальная релиз-техника ежедневно курсом № 15. В контрольной группе № 2 - 15 человек - применялась исключительно ирригация физиологическим раствором полости носа аналогичным курсом. Критерии исключения: аллергический и инфекционный риносинусит.

Для изучения данных анамнеза, субъективных и объективных признаков заболевания был применён метод анкетирования. Анкета содержала перечень вопросов с предложенными вариантами ответа, помогающих оценить выраженность наиболее значимых симптомов, послуживших критериями ВР. Значимость признака определялась экспертным путём. На основе результатов анкеты формировалась балльная шкала, где каждый признак оценивался в различное количество баллов в зависимости от интенсивности его проявления.

С целью объективного контроля мукоцилиарного транспорта в полости носа использовался сахаринный тест.

Результаты: Из всей выборки изолированная форма вазомоторного ринита зарегистрирована у 43 % больных, сочетанная - у 57 % (преимущественно с деформацией перегородки носа). По сумме всех клинических субъективных симптомов ВР у пациентов группы №1 отмечено достоверное уменьшение выраженности симптомов с 13,65 баллов до 2,23 баллов ($P<0,001$) после окончания курса лечения, соответственно в группе №2 - с 13,45 баллов до 7,42 баллов ($P<0,001$).

По сумме всех клинических объективных симптомов ВР у пациентов группы №1 отмечено достоверное снижение выраженности симптомов с 17,96 баллов до 5,48 баллов после окончания курса лечения ($P<0,001$) против 10,8 баллов в контрольной группе. Положительный результат лечения в отношении ведущего клинического признака – назальной обструкции – был достигнут в 64,1 % наблюдений в группе №1 и 41,88 % в контрольной группе. Благоприятный исход в отношении сопряженных симптомов составил: при синюшности слизистой носа и отёчности – 56,41 % (соответственно – 12,5 %), при отделяемом из носовых ходов – 79,49 % (соответственно – 45,63 %).

Среднее время перемещения сахарамина у пациентов в группе №1 и №2 до терапии составило $20,2\pm 2,2$ мин. После курса терапии среднее значение «сахаринового времени» уменьшилось до $16,1\pm 1,6$ мин в группе №1, и было достоверно меньше, чем соответствующее значение мукоцилиарного транспорта в группе №2 ($P>0,05$).

У 35,9% больных ВР в группе №1 и 58 % в группе №2 консервативное лечение было неэффективным. Как правило, это были пациенты с сочетанной формой вазомоторного ринита. Методом хирургического лечения этих больных мы выбрали подслизистую вазотомию нижних носовых раковин.

Выводы: Диагностический и терапевтический ручной метод, основанный на вязко-эластических свойствах тканей, а также на соматических и рефлекторных механизмах мышц, фасций и соединительно-тканых структур, а, кроме того, на суставной биомеханике и лимфодренажном воздействии, показан как метод выбора при терапии вазомоторного ринита. С точки зрения механики эффект МФР проявляется в виде восстановления утраченного объема движений, устранения тканевой фиксации, устранении боли.

Специалист, владеющий техникой МФР, имеет возможность контролировать вязко-эластические свойства тканей и менять форму фасции. Целью МФР является высвобождение тканевого напряжения, что проявляется не только феноменами тканевого расслабления и улучшения местной циркуляции, участия ноци/антиноцицептивной системы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Колесникова О. М. Роль вазомоторной формы дисфункции эндотелия в патогенезе вазомоторного и аллергического ринитов : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.04, 14.00.16 / О. М. Колесникова ; С-Петербург. гос. мед. акад. им. И. И. Мечникова. – СПб., 2008. – 17 с.
2. Лопатин Б. С. О развитии современных реабилитационных технологий при вазомоторном рините / Б. С. Лопатин, С. Б. Лопатин // Новые технологии в оториноларингологии : сб. науч. работ. – Красноярск, 2002. – С. 72-77.
3. Методические рекомендации для врачей-курсов Мифасциальная релиз-техника – Новокузнецк : Изд-во Новокузнецкого института усовершенствования врачей, 1998. – 23 с.
4. Никулин М. И. Эффективность сочетанного метода лечения вазомоторного ринита // Росс. ринол. – 1996. – № 2-3. – С. 93-94.
5. Носуля Е. В. Патогенетическая коррекция назальной обструкции у беременных / Е. В. Носуля, Н. М. Черных // Вестник оториноларингологии. – 2008. – № 5. – С. 191-192.
6. Пискунов Г. З. Методика щадящего хирургического лечения больных вазомоторным и гипертрофическим ринитом // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1987. – № 4. – С. 32-34.

УДК 614.2

ПРОБЛЕМЫ СТАТИСТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА РЕАЛИЗАЦИИ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ»

Тимофеева Л. Ю.

*Сибирский федеральный университет
Кафедра индустриальной экономики и экономики труда
Научный руководитель: ас. Поздеев А. Н.*

«Болезнь легче предупредить, чем лечить» – таков основной девиз приоритетного национального проекта «Здоровье» [6]. Известно, что ранее основная часть средств направлялась на развитие стационарной медицинской помощи. Это привело к тому, что первичная медико-стационарная помощь оказалась в условиях недофинансирования. Считается, что именно это явилось основным фактором роста уровня госпитализации, количества вызовов скорой медицинской помощи, числа хронических и запущенных заболеваний. Итак, сегодня в рамках проекта акценты делаются именно на своевременное выявление и предупреждение заболеваний, а не на их лечение, как ранее. Так ли это оправдано? Каким образом можно оценить результативность национального проекта? Анализ динамики целевых показателей проекта покажет, насколько рационально расходование существенных сумм из бюджета. Кроме того, начата разработка Стратегии развития здравоохранения до 2020г., комплексного документа, призванного выработать системные подходы в сфере финансирования, организации медицинской помощи, приоритетов развития, доступности и качества медпомощи, роли врачебного сообщества, правовых взаимоотношений между врачом и пациентом, защите прав пациента. В рамках ее готовятся две программы: развития здравоохранения до 2012г., которая продолжает нацпроект «Здоровье», подключая ряд новых направлений, а также долгосрочная программа развития здравоохранения до 2020г. С 2009г. планируется запустить программу снижения смертности от онкологических заболеваний и масштабный проект по формированию здорового образа жизни [8]. Реализация обозначенных программ также требует статистического анализа проводимых мероприятий и их эффективности. Выше изложенное обуславливает актуальность исследования, что и определило его цель и задачи.

Целью исследования является статистический анализ мероприятий по реализации приоритетного национального проекта «Здоровье».

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

- 1) изучить основные направления реализации национального проекта «Здоровье»;
- 2) определить основные источники информации о ходе реализации национального проекта «Здоровье»;
- 3) оценить изменения состояния здоровья населения по общепринятым показателям (динамика уровней смертности, рождаемости, заболеваемости, инвалидности) в ходе реализации национального проекта «Здоровье»;
- 4) определить изменения уровня обеспеченности населения высокотехнологичными видами медицинской помощи и ее доступности по сравнению с 2005 годом;
- 5) определить наиболее информативные показатели, позволяющие оценить эффективность реализации приоритетного национального проекта «Здоровье».

В ходе исследования использованы методы: аналитический, статистический, включая анализ временных рядов и корреляционно-регрессионный анализ, метод экспертных оценок.

На первом этапе исследования были проанализированы основные направления реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» (развитие первичной медико-санитарной помощи; совершенствование медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях и больным сердечно-сосудистыми заболеваниями; развитие службы крови; обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью; реализация пилотных проектов по модернизации здравоохранения) [6].

К мероприятиям по развитию первичной медико-санитарной помощи относятся: профессиональная подготовка и переподготовка участковых врачей, ежемесячные денежные выплаты медицинским работникам участковой службы, дополнительные выплаты медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов, работникам службы скорой медицинской помощи, мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции, обследование и лечение ВИЧ-инфицированных, инфицированных вирусами гепатитов В и С, дополнительная иммунизация населения в рамках Национального календаря профилактических прививок, обследование новорожденных детей на наследственные заболевания, проведение аудиологического скрининга детей первого года жизни, оплата «Родовых сертификатов» за оказанную медицинскую помощь, диспансерное наблюдение детей в возрасте до одного года, дополнительная диспансеризация работающих граждан и дополнительные медицинские осмотры работников, занятых на производствах с вредными и (или) опасными производственными факторами; диспансеризация детей, находящихся в стационарных учреждениях для детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей и находящихся в тяжелой жизненной ситуации, компьютеризация и внедрение обучающих программ, предусматривающих использование интернет-технологий для детей-инвалидов, подготовка педагогических кадров.

Совершенствование медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях и больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями реализуется через оснащение учреждений здравоохранения, расположенных вдоль автомобильных трасс, комплектами медицинского оборудования, реанимобилями; создание в 12 субъектах РФ 12 региональных сосудистых центров, 36 первичных сосудистых отделений и 3 федеральных сосудистых центров, их оснащение комплектами медицинского оборудования.

Развитию службы крови способствуют укрепление материально-технической базы; формирование единой информационной базы службы крови, включение в реестр доноров (не менее 1,9 млн.), проведение мероприятий по пропаганде массового донорства.

Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью включает: оказание высокотехнологичной медицинской помощи больным, в т.ч. в региональных учреждениях здравоохранения, оснащение 44 федеральных медицинских центров высокотехнологичным медицинским оборудованием, подготовка кадров для центров, введение в эксплуатацию 11 центров высоких медицинских технологий, строительство 8 перинатальных центров, ввод в 2008г. 2 перинатальных центров; совершенствование организации онкологической помощи населению.

Продолжается реализация мероприятий демографической политики: комплекса мер поддержки семей в связи с рождением и воспитанием детей, плана мероприятий по реализации в 2008-2010гг. Концепции демографической политики в Российской Федерации на период до 2025г.; мероприятий по созданию условий для повышения доступности жилья семьям с детьми, молодым семьям и молодым специалистам на селе.

С 2009 года вводится новое направление - формирование здорового образа жизни, к задачам которого относится: снижение уровня злоупотребления алкоголем, снижение распространенности табакокурения среди населения. В рамках направлений проекта планируется начать новые мероприятия: совершенствование организации онкологической помощи населению; обследование населения с целью выявления туберкулеза, лечение больных туберкулезом, проведение профилактических мероприятий; совершенствование медицинской помощи детям с нарушением слуха и инвалидам по слуху; диспансеризация детей-подростков в 2011-2012гг.; пренатальная диагностика (обследование беременных женщин на наследственные заболевания).

В рамках реализации национального проекта «Здоровье» в 2009г. планируется достичь следующих показателей: рост рождаемости не менее чем на 5,5-6%; сокращение естественной убыли населения не менее чем в 1,5 раза; увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 68,3 лет. Уже заметны и первые результаты: в январе-октябре 2008 года родилось 1434,5 тыс. детей (на 7,7% больше, чем в январе-октябре 2007 году). Коэффициент естественной убыли населения составил 2,7 на 1000 человек населения (3,4 – в январе-октябре 2007 года). Коэффициент младенческой смертности снизился по сравнению с показателем 2007 года с 9,6 до 8,8 на 1000 родившихся живыми [7].

По итогам двух лет реализации нацпроекта для улучшения оснащения и повышения качества медицинского обслуживания закуплено свыше 40 тыс. ед. диагностического оборудования и более 13 тыс. ед. санитарного автотранспорта. Реализация программы «Родовой сертификат» охватила более 92% рожениц. Дальнейшая реализация программы «Родовой сертификат» обеспечит снижение показателей материнской смертности с 25,4 в 2005г. до 21,0 в 2010 г. на 100 тыс. родившихся живыми, младенческой смертности с 11,0 в 2005 г. до 9,3 в 2010 г. на 1000 родившихся живыми. На строительство и оснащение 23 перинатальных центров выделено 20 млрд. рублей. В перинатальных центрах будут созданы условия для оказания всего объема высококвалифицированной медицинской помощи беременным и новорожденным. Достигнуты результаты и по другим направлениям [10].

Анализ основных направлений реализации национального проекта «Здоровье», позволяет заключить, что существует множество показателей, отражающих мероприятия, проводимые в рамках проекта, однако большинство из них не позволяют произвести статистическую оценку эффективности его реализации.

Основными источниками информации о ходе реализации национального проекта «Здоровье» являются официальные данные Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации [5]; Ежегодный государственный доклад о состоянии здоровья населения РФ, который является официальным правительственным документом, подготавливаемым и распространяемым в целях обеспечения органов государственного управления и населения России объективной систематизированной аналитической информацией (о состоянии здоровья населения, условиях и факторах формирования здоровья различных групп населения; о санитарно-эпидемиологическом состоянии республики; о качестве медицинской помощи, организационных, социальных и экономических мерах по охране и укреплению здоровья населения РФ) [2]. На уровне субъекта Российской Федерации, в частности Красноярского края, в качестве таковых могут

выступать данные территориального органа Федеральной Службы Государственной Статистики по Красноярскому краю (Красноярскстат) [1, 3]. Следовательно, существует возможность оценить изменения состояния здоровья населения по общепринятым показателям (динамика уровней смертности, рождаемости, заболеваемости, инвалидности), определить изменения уровня обеспеченности населения высокотехнологичными видами медицинской помощи и ее доступности в ходе реализации национального проекта «Здоровье». Однако, определить наиболее информативные и значимые показатели, позволяющие оценить эффективность его реализации, можно применив корреляционно-регрессионный анализ и метод экспертных оценок [4, 9], что предполагается осуществить в ходе дальнейшего исследования.

Основные выводы:

1. Анализ основных направлений реализации национального проекта «Здоровье», позволяет заключить, что существует множество показателей, отражающих мероприятия, проводимые в рамках проекта, однако большинство из них не позволяют произвести достоверную статистическую оценку эффективности его реализации.
2. Существует возможность оценить изменения состояния здоровья населения по общепринятым показателям (динамика уровней смертности, рождаемости, заболеваемости, инвалидности), определить изменения уровня обеспеченности населения высокотехнологичными видами медицинской помощи и ее доступности в ходе реализации национального проекта «Здоровье».
3. Необходимо определение наиболее информативных и значимых показателей, позволяющих оценить эффективность реализации национального проекта «Здоровье».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Красноярского края в 2007 году / <http://www.krskstate.ru/zdrav/stat>.
2. Ежегодный государственный доклад о состоянии здоровья населения РФ / <http://www.finam.ru/dictionary/wordf01260/default.asp?n=3>
3. Здоровоохранение в Красноярском крае: Статистический сборник, № 5-88. – Красноярск: Красноярскстат; 2008. – 58с.
4. Мерков, А.М. Санитарная статистика (пособие для врачей) / А.М.Мерков, Л.Е.Поляков. – М.: Медицина, 1974. – 384с.
5. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации / <http://www.minzdravsoc.ru/>.
6. Направления, основные мероприятия и параметры приоритетного национального проекта «Здоровье» / Утверждены президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов (протокол №2 от 21 декабря 2005г.) / <http://rost.ru/projects/health/p05/docs.shtml>
7. Направления, основные мероприятия и параметры реализации приоритетных национальных проектов, мероприятий демографической политики и программы газификации регионов Российской Федерации в 2008 году. – ФГНУ «Росинформатех», 43-100-2008.
8. Стратегии развития здравоохранения до 2020 года / <http://www.zdravo2020.ru/concept>
9. Шиган, Е.Н. Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях / Е.Н. Шиган. – М.: Медицина, 1986. – 208 с.
10. Перечень наиболее успешных и значимых мероприятий (проектов), реализованных Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации в 2007 году / <http://www.zdravo2020.ru/materials/regulations/7>

УДК 616-006.81:616.5-018

МЕЛАНОМА КОЖИ: ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Тимошок Е. Л., Жудрик Е. А.

*Белорусский государственный медицинский университет
Кафедра патологической анатомии*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Брагина З. Н.

Меланома представляет собой одну из самых злокачественных опухолей, которая развивается из меланоцитов. Показатель ежегодной заболеваемости увеличивается в разных странах на 2,6-11,7 %. В Республике Беларусь показатель заболеваемости меланомой кожи находится в пределах 2,1-2,2 на 100 000 населения, причем за 30 лет число заболевших увеличилось в 6,5 раза. Смертность от меланомы составляет примерно 0,74 % всех случаев смерти от злокачественных опухолей. Преимущественная локализация меланомы у женщин – кожа голени, у мужчин – кожа спины. У обоих полов старше 65 лет меланома чаще локализуется на коже лица. Иногда первичный очаг выявить не удаётся, и клиника обусловлена только метастазами. Выделяют следующие морфологические варианты меланомы кожи:

1. Поверхностно-распространяющаяся меланома – медленно растущее пигментное пятно с чёткими контурами, плоское или приподнятое над поверхностью кожи, плотной консистенции. Самая распространённая локализация – кожа спины. Имеет две фазы развития: горизонтальную (опухоль распространяется в пределах эпителиального пласта) и вертикальную (инвазия в нижележащие слои дермы).
2. Узловая меланома имеет форму узла, полипа на ножке, тёмно-синего или чёрного цвета, кровоточащего и изъязвляющегося. Чаще располагается на коже спины, шеи и головы. Характерна только вертикальная фаза роста.
3. Лентигомеланома – плоское пятно без чётких границ, неплотной консистенции, от коричневого до чёрного цвета. Развивается на фоне меланоза Дюбрея. Основная локализация кожа головы, шеи и тыла конечностей. Проходит две фазы развития: горизонтальную и вертикальную.
4. Десмопластическая меланома характеризуется пролиферацией фибробластов и меланоцитов на границе эпидермиса и дермы. Характерен нейротропизм, т.е. сосредоточение опухоли вблизи нервных волокон. Может расти из лентигомеланомы или из акральной, часто беспигментная.
5. Акральная лентигенозная меланома имеет рыжевато-коричневый или коричневый цвет, неправильные очертания, напоминает лентигомеланому. Встречается на подошвенной поверхности стопы, ладонной поверхности кисти или в подногтевом ложе.

Клеточный состав большинства меланом неоднотипен как в разных опухолях, так и в пределах одной опухоли. Выделяют следующие варианты микроскопического строения: эпителиоподобный, веретенноклеточный, невоподобный, лимфоцитоподобный и баллонноклеточный.

Цель: изучить клинко-морфологические особенности меланомы кожи.

Задачи:

1. Определить частоту встречаемости меланомы кожи в зависимости от возраста и половой принадлежности.
2. Установить распространенность различных морфологических вариантов меланомы кожи.

3. Установить и проанализировать уровень инвазии по W.Clark в исследуемом материале.

Материалы и методы: нами изучено 83 случая меланомы кожи на материале онкоморфологического отделения Минского городского патологоанатомического бюро. Просмотрено 96 гистологических микропрепаратов, окрашенных гематоксилином и эозином.

Результаты исследования: Разделив больных по возрасту на группы, мы получили, что большинство случаев меланомы отмечалось в возрастной группе от 66 до 70 лет (20,5%), следует также отметить возрастную группу от 46 до 50 лет (16,9%). Средний возраст исследуемых – 59 лет. Женщин было 53 (63,9%), мужчин – 30 (36,1%). Среди морфологических вариантов наиболее распространена узловая меланома – 41 случай (53,2%), второй по частоте стала лентигинозная меланома – 22 (8,6%), поверхностно-распространяющаяся – 7 (9,1%), акральная – 4 (5,2%), сложного строения – 3 (3,9%). Чрезвычайно важным показателем для прогноза заболевания является уровень инвазии по W.Clark. Уровень инвазии по W.Clark:

- ✓ I уровень инвазии: неинвазивная злокачественная опухоль.
- ✓ II уровень инвазии: инфильтрирующая сосочковый слой.
- ✓ III уровень инвазии: инфильтрирующая границу сосочково-сетчатого слоя.
- ✓ IV уровень инвазии: инфильтрирующая сетчатый слой.
- ✓ V уровень инвазии: инфильтрирующая подкожную жировую клетчатку.

38 (46,9%) пациентов обратилось за медицинской помощью, когда меланома достигла III уровня инвазии по W.Clark. 30 (37%) пациентов с IV уровнем инвазии, с V уровнем инвазии – 9 (11,1%) человек, со II уровнем инвазии – 4 человека (5%). Ни одного случая с I уровнем инвазии не наблюдалось.

Выводы:

1. В группе исследуемых, возраст которых колебался от 26 до 90 лет, наблюдалось резкое увеличение количества случаев меланомы кожи после 46 лет (от 26 до 45 лет – 15,6%; от 46 до 90 лет – 84,4%), причём пик приходится на возрастную группу от 66 до 70 лет.
2. Женщины болеют гораздо чаще, чем мужчины.
3. Самым распространённым морфологическим вариантом стала узловая форма.
4. При изучении распространённости опухолевого процесса было установлено, что больные с III уровнем инвазии составили наибольшую группу.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ганина, К. П. Злокачественная меланома и предшествующие изменения кожи. / К. П. Ганина, Налескина Л. А.; под ред. В. Г. Пинчук. – Киев, 1991. – 168 с.
2. Герштейн, Е. С. Цитоплазматические рецепторы стероидных гормонов и клинико-морфологические особенности меланомы кожи / Е. С. Герштейн [и др.] // Вопросы онкологии. – 1991. – Т. 37, № 4. – С. 441 – 446.
3. Лемехов, В. Г. Эпидемиология, факторы риска, скрининг меланомы кожи / В. Г. Лемехов // Практическая онкология. – С-Пб.: Центр ТОММ, 2004. – С. 513 – 527.
4. Римденко, Г. В. Эпидемиология злокачественных новообразований кожи в Республике Беларусь / Г. В. Римденко, И. В. Залуцкий, Ю. И. Аверкин // Актуальные проблемы онкологии и медицинской радиологии. – Мн.: НИИ-ОМР им. Н. Н. Александрова, 1997. – С. 13 – 16.
5. Трапезников, Н. Н. Онкология / Н. Н. Трапезников, А. А. Шайн. – М.: Медицина, 1992. – 398 с.
6. Фрадкин, С. З. Клиническая онкология / С. З. Фрадкин, И. В. Залуцкий. – Мн., 2003. – 784 с.
7. The histogenesis and biologic behavior of primary melanomas of the skin / W.H. Clark [et al] // Cancer Res. – 1969. – Vol. 29, № 3. – P. 705 – 726.
8. Mackie, R. M. Clinical recognition of early invasive malignant melanoma / R. M. Mackie // Br. Med. J. – 1990. – Vol. 301. – P. 6 – 1005.

УДК 613.96

СОДЕРЖАНИЕ СЕЛЕНА В ОРГАНИЗМЕ СТУДЕНТОВ ОРЕНБУРГСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тиньков А. А., Захарова О. В.

*Оренбургская государственная медицинская академия
Кафедра медицинской и фармацевтической химии*

Научные руководители: д.м.н., проф. Красиков С. И., к.б.н., доц. Чеснокова Л. А.

Содержание микроэлементов в организме в значительной степени влияет на интенсивность окислительно-восстановительных процессов, и, следовательно, определяет состояние здоровья человека [1]. При этом потребность в микроэлементах у лиц, подвергающихся высоким психо-эмоциональным нагрузкам, существенно увеличена [5]. К числу этих лиц можно отнести и студентов, которые в значительной степени подвергаются нервно-психическим нагрузкам [7].

Селен является эссенциальным МЭ, который входит в состав большого количества белков и ферментов [1], что обуславливает его биологические свойства. Одним из наиболее важных селенсодержащих ферментов является глутатионпероксидаза (ГПО), в структуру активного центра которого входит селен [9]. ГПО входит в состав антиоксидантной системы эритроцита, осуществляя нейтрализацию нестойких органических гидропероксидов, а так же перекиси водорода [3]:



В связи с этим целью исследования явилось определение содержания селена в волосах, а также активности ГПО в крови студентов I курса Оренбургской государственной медицинской академии (ОрГМА).

Исследование проводилось на 48 студентах I курса ОрГМА (17-18 лет), проживающих в течение последних трех лет на территории Оренбургской области.

В качестве субстрата для определения содержания селена в организме были использованы волосы, так как содержание МЭ в волосах отражает как их содержание в биосредах организма, так и влияние окружающей среды [8]. Определение содержания селена в волосах студентов ОрГМА (мкг/г) проводилось методом масс-спектрометрии с индуктивно связанной плазмой на приборе ELAN 9000 (Perkin Elmer, США). При этом предел чувствительности метода составлял 0,0495 мкг/г субстрата.

Определение активности ГПО производилось спектрофотометрическим методом на спектрофотометре Genesys 5 (США) с использованием реактивов и принципов расчета Randox Ransel.

Полученные данные обрабатывались с использованием стандартных методов вариационной статистики, для сравнения групп исследования использовался t-критерий Стьюдента.

В ходе исследования установлено, что среднее содержание Se в волосах обследованных составляет $0,16 \pm 0,017$ мкг/г. Полученные показатели содержания селена в волосах значительно ниже референтных значений для данного МЭ в пределах исследуемой возрастной группы, которые находятся в диапазоне от 0,65 до 2,43 мкг/г [6].

Обследованные были разделены на несколько групп в соответствии с выраженностью селенодефицита по сравнению с референтными значениями, что отражено в Таблице 1.

Таблица 1

Содержание селена в волосах студентов 1 курса ОрГМА

№	Среднее содержание селена в волосах обследуемых, мкг/г	Выраженность селенодефицита	Количество обследуемых, %
1	$0,29 \pm 0,007$	1-2 раза	34
2	$0,15 \pm 0,003$	3-4 раза	34
3	$\leq 0,0495$	Более чем в 10 раз	32
Достоверность различий			
	$P_{1-2-3} < 0,001$		

Очевидно, что у всех обследуемых наблюдался выраженный дефицит селена в волосах, что также может отражать недостаток данного МЭ в других биологических субстратах обследуемых. При этом у значительной части (32%) отмечалось снижение содержания селена в волосах более чем в 10 раз по сравнению с референтными значениями.

Среднее содержание Se в волосах обследованных ($0,16 \pm 0,017$ мкг/г) совпадает с фоновым содержанием данного МЭ для Оренбургской области – 0,153 – 0,405 мкг/г [4], однако приближается к нижней границе. Таким образом, справедливо предположить, что дефицит селена в волосах студентов ОрГМА может быть следствием недостаточного содержания селена в депонирующих средах Оренбургской области (воздух, вода, почва), а так же низкого содержания данного МЭ в продуктах питания.

Установлено, что средняя активность ГПО у обследованных составила $34,8 \pm 4,84$ ЕД/г Hb, что соответствует референтным значениям, установленным Randox, а так же общепринятым нормам [2].

Определена зависимость между концентрацией селена в волосах и активностью ГПО в крови обследуемых, что отражено в таблице 2.

Таблица 2

Зависимость активности ГПО от содержания селена в волосах студентов ОрГМА

№	Среднее содержание селена в волосах обследуемых, мкг/г	Активность ГПО в крови студентов, ЕД/г Hb
1	$0,29 \pm 0,007$	$39,37 \pm 11,9$
2	$0,15 \pm 0,003$	$38,31 \pm 7,86$
3	$\leq 0,0495$	$26,72 \pm 3,5$
Достоверность различий		
		$P_{1-3} < 0,001$

Как видно из таблицы 1 по мере уменьшения концентрации селена в волосах обследуемых происходило достоверное снижение активности ГПО.

Таким образом, в ходе исследования установлено, что содержание селена в волосах может отражать содержание данного МЭ в организме. Помимо этого, данные полученные в ходе исследования, могут быть использованы при проведении профилактических мероприятий, направленных на коррекцию содержания селена в организме студентов ОрГМА. Однако, данные мероприятия должны проводиться под контролем содержания селена и других МЭ в продуктах питания и депонирующих средах Оренбургской области.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авцын А. П., Жаворонков А. А., Риш М. А., Строчкова Л. С. Микроэлементозы человека. – М.: Медицина, 1991 – 496 с.
2. Клиническая оценка лабораторных тестов. Пер. с англ. // Под редакцией Н. У. Тица. – М.: «Медицина», 1986 – 480 с.
3. Меньшикова Е. Б., Ланкин В. З., Зенков Н. К. и др. Окислительный стресс: антиоксиданты и прооксиданты – М.: Фирма «Слово», 2006 – 556 с.
4. Мирошников С. А., Бурцева Т. И., Голубкина Н. А., Нотова С. В., Скальный А. В., Бурлуцкая О. И. Гигиеническая оценка селенового статуса Оренбургского региона // Вестник ОГУ. – 2008. - №12. – с. 95-98
5. Некрасов В. И., Скальный А. В. Элементный статус лиц вредных и опасных профессий. М.: РОСМЭМ, 2006 – 229 с.
6. Скальный А. В. Референтные значения концентрации химических элементов в волосах, полученные методом ИСП-АЭС (АНО Центр Биотической Медицины) // Микроэлементы в медицине. – 2003. - №4. – с. 55-56.
7. Яковлев Б. П., Литовченко О. Г. Психофизиологическая характеристика уровня работоспособности студентов // Гигиена и санитария. – 2008. - №1. – с. 60-63
8. Creason J. P., Hinner T. A. et al. Trace elements in hair, as related to exposure in metropolitan New York // Clinical Chemistry – 1975 – V. 21 – No. 4 – p. 603-612
9. Rotruch J. T., Pope A. L., Ganther H. R. et al. Selenium: biochemical role as a component of glutathione peroxidase // Science – 1973. – V. 179 – p. 585-590

ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ КАК МЕТОД ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Тишкина Н. В.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко

Кафедра общей врачебной практики (семейной медицины)

Научный руководитель: д.м.н., доц. Зуйкова А. А.

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) – один из основных факторов смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Распространенность АГ в России составляет 39,2% среди мужчин и 41,1% среди женщин [4]. Успешные профилактика и лечение АГ не могут быть достигнуты без мощной образовательной программы для больных. Одним из методов, повышающих эффективность коррекции факторов риска АГ и выполнения врачебных назначений, является обучение пациентов [1, 2]. Это определяет актуальность внедрения в общую врачебную практику образовательных программ, в том числе школ здоровья «Артериальная гипертензия». Школа здоровья – это медицинская профилактическая услуга, включенная в отраслевой классификатор «Сложные и комплексные медицинские услуги» [3].

Цель исследования: повысить эффективность профилактики и лечения артериальной гипертензии путем внедрения в общую врачебную практику школ здоровья.

Задачи исследования

1. Выявить факторы риска АГ у работников железнодорожного транспорта.
2. Разработать программу проведения школ здоровья «Артериальная гипертензия».
3. Оценить эффективность школ здоровья в профилактике и лечении АГ.

Материалы и методы. Было проведено 4 школы здоровья «Артериальная гипертензия», каждую из которых посетили от 20 до 25 лиц, всего – 92 поездных диспетчера Дорожного центра управления перевозками ОАО РЖД на станции Воронеж-1. В группу вошли 44 мужчины и 48 женщин в возрасте от 23 до 58 лет (средний возраст – 40,5±0,8 лет). Занятия в школе здоровья проводились по разработанной нами программе, рассчитанной на 90 – 110 мин (табл. 1).

Таблица 1

Программа занятия в школе здоровья «Артериальная гипертензия»

№	Тематические разделы	Время, мин
1.	Лекция для пациентов по разделам:	
	• Определение, классификация АГ, нормальный уровень АД. Осложнения АГ: инсульт, инфаркт миокарда.	45, в т.ч.
	• Гипертонический криз: симптомы, профилактика, лечение.	3
	• Методика измерения АД и пульса. Мониторинг АД.	4
	• Факторы риска. Профилактика и немедикаментозное лечение АГ.	3
	• Принципы здорового питания. Диета при АГ.	5
	• Ожирение: расчет идеальной массы тела, принципы диеты.	4
	• Физическая активность и здоровье. Двигательный режим при АГ.	5
	• Влияние курения на развитие АГ и организм человека.	4
	• Стресс и АГ, методики преодоления.	7
	• Принципы медикаментозного лечения АГ.	7
2.	Обучение методу измерения АД и пульса.	10
3.	Измерение АД пациентам врачом общей практики.	10 – 15
4.	Расчет пациентами своей идеальной массы тела, индекса талия/бедра, максимальной тренирующей частоты сердечных сокращений.	5
5.	Дискуссия по проблеме АГ. Ответы врача на вопросы пациентов.	15
6.	Анкетирование: паспортные данные, по выявлению факторов риска АГ, по влиянию школы на дальнейший образ жизни пациентов.	8 – 10

Результаты исследования. Нормальное АД имели 69 человек (75% обследованных), I степень АГ – 20 (21,7%), II степень АГ – 3 (3,3%). Наиболее частыми факторами риска АГ являлись стресс на работе, гиподинамия, отсутствие контроля АД, нерациональное питание (табл. 2).

Таблица 2

Факторы риска артериальной гипертензии у работников железнодорожного транспорта

Фактор риска	Мужчины		Женщины		Все пациенты	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Уровень артериального давления						
Нормальное АД	35	79,5	34	70,8	69	75
I степень АГ	7	16,0	13	27,1	20	21,7
II степень АГ	2	4,5	1	2,1	3	3,3
Не знали свой уровень АД	22	50,0	21	43,8	43	46,7
Контроль уровня артериального давления						
Ежедневно, утром и вечером	1	2,3	0	0	1	1,1
Ежедневно, 1 раз в день	0	0	2	4,2	2	2,2
2-3 раза в неделю	9	20,5	17	35,4	26	28,3
Нет	34	77,2	29	60,4	63	68,5

Ожирение (по индексу массы тела)						
Нормальная масса тела	16	36,4	22	45,8	38	41,3
Избыточная масса тела	15	34,1	17	35,4	32	34,8
I степень ожирения	13	29,5	7	14,6	20	21,7
II степень ожирения	0	0	2	4,2	2	2,2
Употребление в пищу продуктов животного происхождения						
Ежедневно	14	31,8	7	14,6	21	22,8
2-3 раза в неделю	19	43,2	15	31,3	34	37,0
Реже 2-3 раза в неделю	11	25,0	26	54,1	37	40,2
Употребление в пищу обезжиренных продуктов и продуктов с пониженной жирностью						
Да	18	40,9	37	77,1	55	59,8
Нет	26	59,1	11	22,9	37	40,2
Ежедневное употребление молочных продуктов						
Да	20	45,5	23	47,9	43	46,7
Нет	24	54,5	25	52,1	49	53,3
Кратность приемов пищи						
1-2 раза в день	16	36,4	22	45,8	38	41,3
3-4 раза в день	28	63,6	25	52,1	53	57,6
5 и более раз в день	0	0	1	2,1	1	1,1
Употребление в пищу субпродуктов						
Да	19	43,2	27	56,3	46	50,0
Нет	25	56,8	21	43,7	46	50,0
Употребление в пищу овощей и фруктов						
Да	22	50,0	22	45,8	44	47,8
Нет	22	50,0	26	54,2	48	52,2
Досаливание пищи						
Да	14	31,8	9	18,8	23	25,0
Нет	30	68,2	39	81,2	69	75,0
Употребление в пищу морской рыбы и морепродуктов						
Да	38	86,4	43	89,6	81	88,0
Нет	6	13,6	5	10,4	11	12,0
Занятие спортом и физическими нагрузками						
Нет	27	61,4	37	77,1	64	69,6
Менее 2 раз в неделю	7	15,9	5	10,4	12	13,0
2-4 раза в неделю	10	22,7	6	12,5	16	17,4
Более 4 раз в неделю	0	0	0	0	0	0
Курение						
Нет	14	31,8	32	66,7	46	50,0
Да, менее 1 пачки в день	11	25,0	15	31,2	26	28,3
Да, более 1 пачки в день	17	38,7	1	2,1	18	19,5
Да, более 2-х пачек в день	2	4,5	0	0	2	2,2
Наличие высокого уровня психоэмоционального перенапряжения на работе						
Да	42	95,5	48	100	90	97,8
Нет	2	4,5	0	0	2	2,2
Наличие высокого уровня психоэмоционального перенапряжения дома						
Да	5	11,4	16	33,3	21	22,8
Нет	39	88,6	32	66,7	71	77,2

Школа здоровья наиболее повлияла на повышение уровня физической активности, на приверженность здоровому питанию, на отношения к стрессовым ситуациям (табл. 3).

Таблица 3

Влияние школы здоровья на формирование здорового образа жизни

Влияние школы здоровья на дальнейший образ жизни	Мужчины		Женщины		Все пациенты	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
На ежедневное измерение АД утром и вечером	7	15,9	17	35,4	24	26,1
На приверженность здоровому питанию	19	43,2	33	68,8	52	56,5
На повышение уровня физической активности	28	63,6	27	56,3	55	59,8
На отказ от курения	18	40,9	14	29,2	32	34,8
На контроль над употреблением алкоголя	15	34,1	13	27,1	28	30,4
На соблюдение рационального режима труда и отдыха	14	31,8	16	33,3	30	32,6
На отношение к стрессовым ситуациям	20	45,5	26	54,2	46	50,0

При детальном анализе анкет, было выявлено, что фактор риска «отсутствие контроля АД» имелся у 63 человек (68,5% всех обследованных), из них 24 человека (38,0% имеющих данный фактор риска и 26,1% всех обследованных) после проведения школы решили измерять АД ежедневно утром и вечером. Нерациональное питание было выявлено у 89 пациентов (96,7% всех обследованных), из них 52 человека (58,4% имеющих данный фактор риска и 56,5% всех обследованных) решили придерживаться принципов здорового питания после школы здоровья. Фактор риска «гиподинамия» имелся у 76 опрошенных (82,6% всех обследованных), из них 55 пациентов (72,4% имеющих данный фактор риска и 59,8% всех обследованных) решили увеличить свою физическую активность после посещения школы здоровья. Курили 46 человек (50% всех обследованных), решили бросить курить после посещения школы здоровья 32 пациента (69,6% имеющих данный фактор риска и 34,8% всех обследованных). Стресс как фактор риска АГ был выявлен у 90 пациентов (97,8% всех обследованных), из них 46 человек (51,1% имеющих данный фактор риска и 50,0% всех обследованных) после проведения школы отметили, что их отношение к стрессовым ситуациям изменилось, и они овладели элементарными способами управления стрессом.

Выводы:

1. Наиболее часто встречающимися факторами риска АГ у работников железнодорожного транспорта являются стресс и психоэмоциональные перегрузки на работе, гиподинамия, курение, отсутствие контроля АД, нерациональное питание.
2. Проведение школы здоровья «Артериальная гипертензия» повлияло на все основные факторы риска АГ, причем наиболее – на повышение физической активности, на приверженность здоровому питанию, на изменение отношения к стрессовым ситуациям.
3. Школа здоровья является важной частью профилактики артериальной гипертензии и должна быть включена в комплексное лечение данного заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Калинина А.М., Егян Р.А., Стоногина В.П. и др. Оценка эффективности школ здоровья для больных с артериальной гипертензией как профилактической медицинской услуги в первичном звене здравоохранения: пособие для врачей. – Москва: МЗ РФ, 2003. – 18 с.
2. Михайлова Н.В., Калинина А.М., Олейников В.Г. и др. Школа здоровья для пациента – важнейший фактор качества медицинской помощи // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – Москва, 2004. – № 2. – С. 3 – 10.
3. Ощепкова Е.В., Довгалецкий П.Я., Гриднев В.И. Регистр артериальной гипертензии // Терапевтический архив. – Москва, 2007. – Т. 79, №1. – С. 46 – 48.
4. Фомина И.Г., Шальнова С.А., Оганов Р.Г. Артериальные гипертензии // Кардиология: руководство для врачей / под. ред. Р. Г. Оганова, И. Г. Фоминой. – Москва: Медицина, 2004. – Гл. 6. – С. 266 – 305.

УДК 591.5:612.83:613.84

КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НЕЙРО-ГЛИАЛЬНЫХ ПОПУЛЯЦИЙ В СПИННОМ МОЗГЕ МОЛОДЫХ ЖИВОТНЫХ ПОСЛЕ ПАССИВНОГО КУРЕНИЯ

Тишковская К. Л., Фокин А. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра биологии с экологией и курсом фармакогнозии*

Научный руководитель: асс. Устинова Т. И.

Актуальность: Курение является одной из наиболее распространенных и массовой в мировом масштабе привычкой. Проблема курения в современном обществе стоит очень остро, и от нее страдают не только курильщики, но и некурящие люди. В табачном дыме, который попадает в окружающую среду, проходя через сигаретный фильтр, содержится более 200 ядовитых веществ (никотин, углекислый газ, окись углерода, синильная кислота, аммиак, смолистые вещества, органические кислоты и другие), 69 из которых могут действовать как канцерогены. В курение вовлечены практически все слои населения. По подсчетам специалистов, в нашей стране курит почти треть всего населения в возрасте от 15 лет и старше. Курение как активное, так и пассивное действует сначала возбуждающее, а потом угнетающее на ЦНС, затормаживая психические процессы [3]. По данным социального исследования табачный дым, вдыхаемый при пассивном курении, тормозит умственное и психическое развитие детей, при этом в первую очередь, реагирует ЦНС, нарушается способность логически мыслить, мотивировать свои поступки, их целесообразность. По степени вредности для мозга ребенка, табачный дым сравним с действием тяжелых металлов, и приводит к нарушению обмена веществ, нейро-гуморальной регуляции в организме, а в эмбриогенезе - к формированию в развивающемся организме тератом.

Всё вышесказанное свидетельствует об актуальности данного исследования на сегодняшний день.

Цель настоящего исследования заключалась в изучении и оценке реакции нейро-глиальных популяций ядер шейного и грудного отделов спинного мозга молодых беспородных белых крыс самцов и самок, подвергшихся пассивному курению.

Работа выполнена на беспородных белых крысах самцах и самках (24 животных, массой 110±10г), разделённых на две группы: контрольная и опытная. Опытная группа подвергалась двенадцатичасовому воздействию пассивного курения в камере объёмом 6,4 л. В камере поддерживалось состояние, имитирующее обстановку современных дискотек, где разрешено курение и работает вентиляция. Для создания дыма в камере использовались сигареты фирмы Winston (как лёгкие, так и тяжёлые). Работа выполнена в соответствии с «Правилами проведения работ с использованием экспериментальных животных» (приказ Минвуза от 13.11.1984 г. №784). После 12 часов пассивного курения был произведен забор материала под воздушно-эфирным наркозом. Фиксация спинного мозга проводилась в жидкости Карнуа, заливка осуществлялась в парафин по ускоренной методике. Серийные срезы изготавливались на санном микротоме толщиной 5 мкм. На предметном стекле монтировался каждый пятый срез. Проводились качественные реакции тионином по Нислю (в модификации Викторова) на выявление рибонуклеопротеидных комплексов (РНП). Для снятия цифровой информации с гистологических препаратов на светооптическом уровне использовали морфометрические сетки, оценивая плотность распределения нейронов и клеток глии на единицу фиксированной площади [4]. Пластичность нейронов оценивали количественно на основе характеристики тигроидного вещества в цитоплазме клеток. Подсчитывали число нейронов

в клеточной популяции с разной степенью хромофилии их цитоплазмы (нормохромные, гипохромные, гиперхромные, тотально-гиперхромные, сморщенные и клетки-тени) [1]. Статистическую обработку полученного материала осуществляли с помощью пакета прикладных программ «Statistica», в работе были использованы параметрические методы анализа (t-критерия Стьюдента).

Как показал результат исследований, в нейронных популяциях спинного мозга контрольных животных самцов и самок преобладали нормохромные клетки (большие – $71,53 \pm 6,58$, средние – $72,72 \pm 2,4$, малые – $66,3 \pm 2,3$). Это нейроны имели в центре четко оформленное светлое ядро с темным ядрышком. В светлой цитоплазме таких мотонейронов равномерно расположены крупные глыбки тигроидного вещества [2]. Через 12 часов пассивного курения, в опытной группе в нейронных популяциях наблюдаются кардинальные изменения. Достоверно нарастало число гиперхромных (темных) клеток (большие – $10,4 \pm 0,4$, средние – $7,3 \pm 0,5$, малые – $5,9 \pm 1,17$), перешедших в замедленный режим функционирования. В таких нейронах накапливаются и не выводятся за ее пределы продукты синтеза. Эти клетки треугольные с вытянутыми концами, цитоплазма темная, но глыбки тигроида хорошо дифференцируются. Ядро остается светлым с четко видимым ядрышком. В значительном количестве (большие – $25,6 \pm 0,7$, средние – $35,0 \pm 1,15$, малые – $36,6 \pm 3,8$) наблюдались клетки в тотально-гиперхромном состоянии – их цитоплазма темная, РНП не выявляется, граница ядра едва заметна, такие клетки находятся в пограничном состоянии, на границе нормы [5]. Достоверно появление клеток патологически измененных – сморщенных (большие – $28,8 \pm 0,92$, средние – $24,18 \pm 1,0$, малые – $12,04 \pm 1,6$). Эти клетки сильно вытянуты, интенсивно окрашены, ядро не выявляется, их размеры значительно уменьшены. Имели место единичные случаи появления клеток в состоянии лизиса: клеток, набухших со светлой цитоплазмой, практически лишенной тигроида, с ядром, не имеющим четких границ и клеток-теней (большие – $4,0 \pm 0,26$, средние – $18,7 \pm 0,98$, малые – $38,18 \pm 3,89$) без четких контуров самой клетки и ядра [6,7].

Таким образом, как показал анализ полученного экспериментального материала, пассивное курение приводит к существенным перестройкам в клеточных популяциях ядер шейного и грудного отделов спинного мозга молодых беспородных белых крыс, которые сводятся к накоплению темных нейронов, переходящих в режим ожидания и накопления РНП, а также к появлению в нейронных популяциях клеток в пограничном состоянии и нейронов в состоянии декомпенсации. Включение компенсаторных механизмов в ответ на испытанное воздействие, вероятно, также связано с уменьшением плотности распределения нейронов в клеточных популяциях ядер спинного мозга и изменением показателей глио-нейронального индекса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Галанкин, В. Н. Компенсаторные реакции - особый класс явлений / В. Н. Галанкин // Архив патол. — 1990. - Т. 52, № 5. - С. 60-64.
2. Мошонкина, Т. Р. Морфофункциональные основы восстановления локомоторных движений у крыс с полной перерезкой спинного мозга / Т. Р. Мошонкина, Е. Г. Гилерович, Е. А. Федорова и др. // Бюл. эксперимент. биол. и мед. - 2004. - Т. 137, №8. - С. 225-229.
3. Петров, А. В. Морфологические механизмы адаптационных (компенсаторно-приспособительных) форм морфологической изменчивости нервнотканевых элементов ЦНС при действии антропогенных факторов / А. В. Петров, В. П. Федоров // Механизмы синаптической передачи: матер. Всерос. конф. - М.: Икар, 2004. - С. 69.
4. Федоров, В. П. Экологическая нейроморфология. Классификация типовых форм морфологической изменчивости ЦНС при действии антропогенных факторов / В. П. Федоров, А. В. Петров, Н. А. Степанян // Журн. теоретической и практ. мед. - 2003. - Т. 1, №1. - С. 62-66.
5. Эйдус, Л. Х. Неспецифическая реакция клеток и радиочувствительность / Л. Х. Эйдус - М.: Атомиздат, 1977.
6. Ярыгин, В. Н. Регенерация спинного мозга крыс после торакальной сегментэктомии: восстановление анатомической целостности спинного мозга / В. Н. Ярыгин, В. В. Банин, К. Н. Ярыгин // Морфология. - 2005. - Т. 127, Вып. 2. - С. 39-43.
7. Molander, C. The cytoarchitectonic organization of the spinal cord in the rat. I. The lower thoracic and lumbosacral cord / C. Molander, Q. Xu, G. Grant // J. Comp. Neurol. - 1984. - V. 230, №1. - P. 133-141.

УДК 616.147.17.007.64:615.246

МАРКЕТИНГОВЫЙ АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ

Толкачева И. В.

*Курский государственный медицинский университет
Кафедра сестринского дела*

Научный руководитель: д.ф.н., проф. Дремова Н. Б.

Актуальность проблемы эффективного и рационального использования лекарственных средств (ЛС) в практике лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) подтверждается тем, что в настоящих экономических условиях растет противоречие между возможностями расширяющегося фармацевтического рынка (ФР) и резко ограниченными финансовыми ресурсами ЛПУ [1].

Одним из этапов формирования оптимального ассортимента ЛС для специализированных отделений многопрофильных стационаров является маркетинговый анализ ЛС, предлагаемых на ФР для лечения конкретных заболеваний. Он позволяет получить развернутое представление об обучаемой номенклатуре ЛС, разрешенных к применению. Это явилось основой настоящего исследования и определило его цель – провести маркетинговый анализ ассортимента ЛС для лечения геморроя.

Объекты исследования: ассортимент ЛС для лечения геморроя, разрешенных к применению в России.

Методы исследования: контент-анализ официальных источников информации о ЛС: Регистра ЛС России (2007), справочника синонимов ЛС (2007) и т.д. по методике, разработанной на кафедре экономики и управления здравоохранением КГМУ [2].

В результате исследования установлен общий целевой сегмент ЛС для лечения геморроя. Он составляет 215 торговых названий (ТН), содержащих 62 действующих вещества (МНН), которые с учетом всех лекарственных форм выпуска насчитывает 758 лекарственных препаратов (ЛП).

Анализ ассортимента ЛП группам АТС-классификации выделил 8 групп (рис. 1), причем четвертая часть (25,7%) по количеству ТН и чуть меньше половины 43,9% по количеству ЛП относится к группе N – препараты для лечения заболеваний нервной системы. Среди них преобладают анестетики 19,6% по количеству ТН и 39,3% по количеству ЛП,

что обусловлено, хирургическим методом лечения геморроя в условиях отделения ЛПУ. В структуре анестетиков лидирующие рейтинговые позиции занимают препараты для общей анестезии 11,2% ТН и 8,1% ЛП, а также местные анестетики 8,4% и 31,2% соответственно. Кроме того, в ассортимент ЛС входят психотропные средства 6,1% ТН и 4,6% ЛП.

Противомикробные препараты системного действия (группа J) составляют в структуре ассортимента 26,1% по количеству ТН и 25,6% ЛП и представлены в 100% случаев антибактериальными препаратами, среди которых лидируют фторхинолоны с долей 17,3% и 13,8% соответственно.

На третьем месте в структуре АТС-групп находятся препараты группы С (для лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы) 18,7% по количеству ТН и 11,1% ЛП, в 100% случаев представленные ангиопротекторами, которые, повышая резистентность капилляров и улучшая микроциркуляцию в геморроидальных узлах, являются важной составляющей медикаментозного лечения геморроя.

Препараты для лечения костно-мышечной системы включают 26 ТН (12,1%) и 57 ЛП (7,5%), которые в 69,2% (16) ТН и 54,3% (31) ЛП представлены нестероидными противовоспалительными препаратами.

Препараты, влияющие на кроветворение и кровь, представлены в структуре антитромбатическими (группа гепарина), гемостатическими и антианемическим препаратами с долями 2,8%, 3,7% и 0,4% ЛП соответственно. Доля ЛП, влияющих на пищеварительный тракт и обмен веществ, составляет в структуре ассортимента 5,6% ТН и 3,0% ЛП и представлены слабительными средствами. Дерматологические препараты включают противозудные, кортикостероиды, применяемые в дерматологии, антисептики и дезинфицирующие средства, а также другие дерматологические препараты. На их долю в структуре приходится по 1,9%, 0,1%, и по 0,8% соответственно. ЛП, относящиеся к группе L – противопухольные и иммуномодуляторы, включают 1 ТН (0,4%) и 3 ЛП (0,4%), являющиеся иммуностимуляторами.

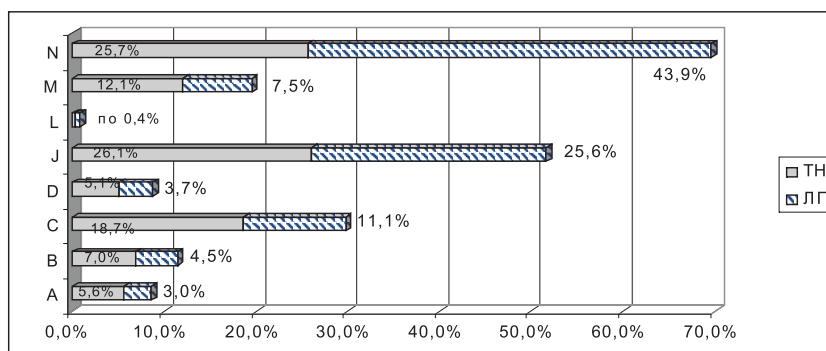


Рис. 1. – Структура ассортимента ЛП для лечения геморроя по группам АТС-классификации

В общей структуре ассортимента ЛП для лечения геморроя доминирующая часть 94,9% приходится на монокомпонентные препараты (719 наименований), содержащие 45 действующих веществ (72,6%). Комбинированные ЛП составляют 27,4% (17 наименований) всего ассортимента.

В структуре ассортимента преобладают ЛП российского производства – 56,6%, остальные 43,4% – это зарубежные.

Анализ предложений ассортимента ЛС по странам-производителям показал, что всего зарегистрированы предложения из 33 зарубежных стран. Среди них по количеству предложений первый рейтинг принадлежит Индии – 24,3% всего ассортимента, второй Италии – 10,6%, третий – Германии – 8,8%, четвертый Словении (6,0%), пятый Беларуси (5,5%) (табл. 1).

Таблица 1

Структура ассортимента ЛС для лечения геморроя по странам-производителям

№ п/п	Страна- производитель	Количество ЛС		Рейтинг
		Абс.	Доля, %	
1.	Россия	429	56,6	
	Зарубежные, в т.ч.	329	43,4	
2.	Индия	78	23,7	1
3.	Италия	30	9,1	2
4.	Германия	29	8,8	3
5.	Словения	20	6,1	4
6.	Беларусь	18	5,5	5
7.	Другие страны	154	46,8	
		758	100,0	

Анализ регистрационных номеров позволил установить, что ФР России за последние годы существенно пополнился новыми ЛС для лечения геморроя. До рыночных перемен в 1967-1990 гг. в России было зарегистрировано всего лишь 9,9% (75 наименований) изучаемого ассортимента ЛП. В период экономических перемен в течение 90-х годов зарегистрировано 7,6% сегодняшнего ассортимента ЛП. Значительное количество ЛП для лечения геморроя (82,5%) появилось на рынке с 2000 года, в частности, 2001- 17,9%, 2002 – 22,5%, 2003- 11,9%, 2004 – 10,8% и 2005- 13,3%. Индекс обновления ассортимента ЛП для лечения геморроя за последние 5 лет составил 36,5% (277 наименований), причем, большая часть новых ЛС приходится на группу нейротропов – 98 (Io=35,4%).

Анализ показал, что в ассортименте ЛП для лечения геморроя присутствуют твердые, жидкие и мягкие лекарственные формы, причем, доминирующее количество выпускается в жидких формах – 50,4% (рис.2), что обусловлено, спецификой пораженной области, а также хирургическим методом лечения в стационарных условиях.

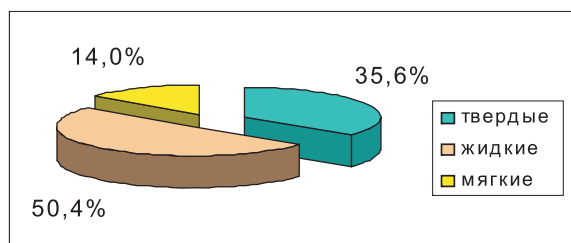


Рис. 2. – Структура ассортимента ЛПП для лечения геморроя по видам лекарственных форм

Среди жидких лекарственных форм преобладают инъекционные растворы – 96,8%. Это обусловлено хирургической спецификой лечения геморроя, связанной с необходимостью использования для пред- и послеоперационного лечения именно ЛПП данного вида. Прочие формы составляют доли менее 4% и употребляются энтерально.

Среди твердых лекарственных форм преобладают таблетки (61,8%) и порошки и лиофилизаты для приготовления инъекционного раствора (15,2% и 7,4% соответственно). Остальные 15,6% приходится на капсулы (5,6%), гранулы (5,2%), драже (4,1%) и др.

В структуре мягких лекарственных форм, необходимых для проведения местной терапии геморроя, преобладают мази и суппозитории по 34,9%.

Таким образом, отечественный ФР предлагает целевому сегменту – специализированным (колопроктологическим) отделениям многопрофильных стационаров значительный ассортимент ЛПП для лечения геморроя (рис. 3).

Выводы

1. Комплексное изучение ассортимента ЛС для лечения определенной нозологии, разрешенных к применению на ФР России, позволяет оперативным руководителям специализированных отделений ЛПУ получить качественную и количественную оценку номенклатуры ЛС, удовлетворяющих их потребность в ЛС.
2. Возможно использование ассортиментного контура ЛПП для сравнения со стандартом лечения, для оценки качества оказания медицинской помощи в ЛПУ.
3. Маркетинговый анализ является одним из этапов формирования оптимального ассортиментного портфеля для закупок ЛС ЛПУ.

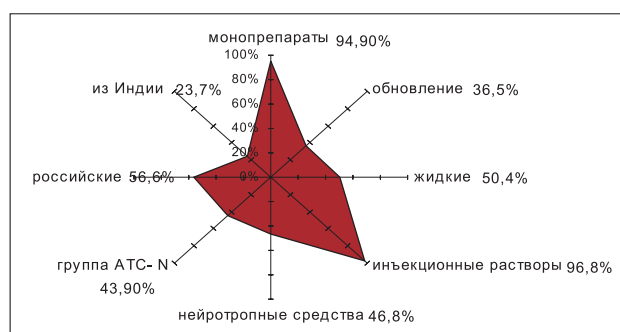


Рис. 3. – Ассортиментный контур российского ФР ЛПП для лечения геморроя

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Жиганова Л.Г. Оптимизация лекарственного обеспечения пациентов стационара //Сестринское дело. – 2007. - №6. – С. 6-9.
2. Маркетинговый анализ ассортимента лекарственных средств российского фармацевтического рынка. Методические рекомендации. / Н.Б.Дремова, Е.В. Репринцева, О.В. Хорлякова, Т.А. Олейникова. – Курск: КГМУ, 2004. – 30с.

УДК 611.349:611.383:611.136.46

ВАРИАНТЫ АНАТОМИИ БРЫЖЕЙКИ И АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ЧЕЛОВЕКА

Толстиков А. С., Синицина М. С.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра оперативной хирургии с топографической анатомией

Научные руководители: д.м.н., проф. Самотёсов П. А., асп. Макаров А. Ф.

Особое место в реконструктивно-пластической хирургии занимают операции с использованием смежных органов и тканей для замещения вынужденно удалённого органа.

Сигмовидная кишка в качестве пластического материала для замещения смежных органов брюшной полости, забрюшинного пространства и грудной полости привлекательна меньшим участием в акте пищеварения; подвижностью, благодаря наличию брыжейки; хорошо выраженным единым параллельным сосудом, в отличие от тонкой кишки, где параллельный сосуд приходится выделять искусственно, так как он слабо выражен и выглядит в виде цепи мелких и многочисленных аркад. В связи с этим кровоснабжение мобилизованного для пластики участка ободочной кишки оказывается в лучших условиях по сравнению с тонкой кишкой.

При всей своей привлекательности в качестве пластического материала сигмовидная кишка всё же уступает по частоте применения тонкой кишке и желудку. Это объясняется вариабельностью строения артериального русла и часто недостаточной шириной брыжейки, не позволяющей адекватно переместить выбранный участок. Четкое представление о строении сосудистого русла сигмовидной кишки должно играть ключевую роль в выборе участков этого отдела кишечника для пластики других органов.

Первостепенной важности в учении о структурной организации путей органной гемодинамики представляются данные, раскрывающие не только часто встречающиеся формы, но и варианты, которые могут быть неожиданными для практического врача.

Большой процент осложнений (ишемия и некроз трансплантата, несостоятельность швов, функциональная несостоятельность органа) при использовании сигмовидной кишки для пластики пищевода, мочевого пузыря, влагалища, вызывают к более детальному изучению вариантной анатомии этого отдела кишечника.

При проведении реконструктивно-пластических операций с использованием сегмента сигмовидной кишки, основополагающими являются два момента:

- 1) Подвижность данного сегмента, определяемая топографо-анатомическими особенностями его брыжейки;
- 2) Кровоснабжение данного сегмента, определяемое строением его артериального русла. Поэтому целью работы явилось изучение вариантной анатомии брыжейки и артериального русла сигмовидной кишки. Для решения поставленной цели проанализирован материал 98 трупов мужчин второго периода зрелого возраста, из них лично нами исследовано 30 трупов. Весь материал был разделён на три типа телосложения по В.Н. Шевкуненко: долихоморфный тип ($n=30$), мезоморфный тип ($n=36$), брахиморфный тип ($n=32$). Использовались следующие методы исследования: антропометрический метод, органомерический метод, макропрепарирование и заливка нижней брыжеечной артерии раствором метиленового синего, статистическая обработка полученных данных.

Установлено, что длина и ширина брыжейки обладают вариабельностью и зависят от типа телосложения. Наиболее длинный корень брыжейки сигмовидной кишки имеют трупы долихоморфного типа $42,38 \pm 1,8 \text{ см}$ ($p < 0,05$). Трупы мезоморфного типа $38,55 \pm 1,08 \text{ см}$ ($p < 0,05$). Трупы брахиморфного типа имеют наиболее короткий корень брыжейки - в пределах $35,48 \pm 1,12$ ($p < 0,05$) (рис. 1).

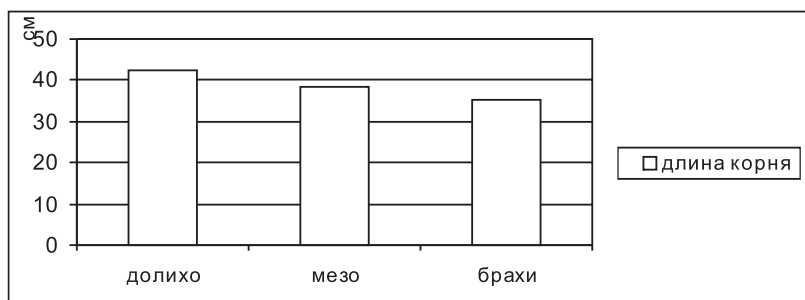


Рис. 1. – Длина корня брыжейки сигмовидной кишки у трупов разных типов телосложения

Показатели ширины брыжейки сигмовидной кишки изучались в 5 точках: начальный отдел, $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$, $\frac{3}{4}$ длины корня брыжейки и область ректосигмоидного отдела (рис. 2).

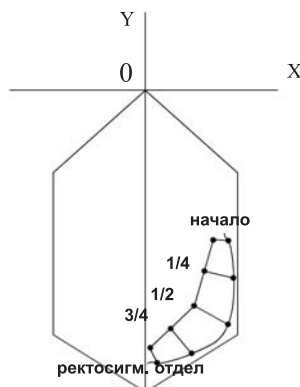


Рис. 2. – Точки измерения ширины брыжейки сигмовидной кишки

У трупов брахиморфного типа ширина брыжейки: в начальном отделе $3,38 \pm 0,54 \text{ см}$, в $\frac{1}{4}$ длины корня $7,94 \pm 0,64 \text{ см}$, в $\frac{1}{2}$ длины корня $11,62 \pm 0,71 \text{ см}$, в $\frac{3}{4}$ длины корня $7,32 \pm 0,51 \text{ см}$, в области ректосигмоидного отдела $3,13 \pm 0,47 \text{ см}$ ($p < 0,05$). У трупов мезоморфного типа ширина брыжейки: в начальном отделе $3,3 \pm 0,47 \text{ см}$, в $\frac{1}{4}$ длины корня $7,09 \pm 0,48 \text{ см}$, в $\frac{1}{2}$ длины корня $9,95 \pm 0,76 \text{ см}$, в $\frac{3}{4}$ длины корня $6,23 \pm 0,66 \text{ см}$, в области ректосигмоидного отдела $3,19 \pm 0,44 \text{ см}$ ($p < 0,05$). У трупов долихоморфного типа ширина брыжейки: в начальном отделе $3,16 \pm 0,48 \text{ см}$, в $\frac{1}{4}$ длины корня $6,35 \pm 0,56 \text{ см}$, в $\frac{1}{2}$ длины корня $8,51 \pm 0,68 \text{ см}$, в $\frac{3}{4}$ длины корня $5,57 \pm 0,52 \text{ см}$, в области ректосигмоидного отдела $2,9 \pm 0,47 \text{ см}$ ($p < 0,05$) (рис. 3).

Изучение топографии брыжейки сигмовидной кишки показало, что мужчины брахиморфного типа имеют короткую, но широкую брыжейку, а мужчины долихоморфного типа – длинную, но узкую. Мужчины мезоморфного типа занимают промежуточное положение между двумя вышеперечисленными.

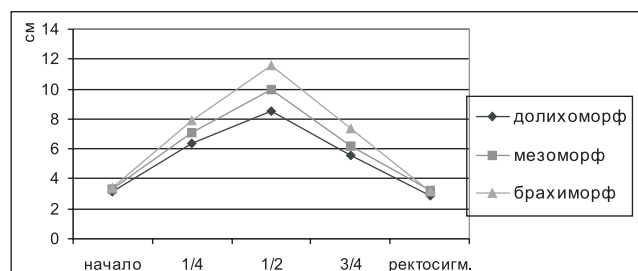


Рис. 3. – Показатели ширины разных отделов брыжейки у трупов разных телосложений

Длина ствола нижней брыжеечной артерии колебалась от 4,3 до 8,3см. и зависела от телосложения. У трупов долихоморфного типа длина ствола нижней брыжеечной артерии $7,15 \pm 0,28$ см ($p < 0,05$), у трупов мезоморфного типа $5,85 \pm 0,33$ см ($p < 0,05$), у трупов брахиморфного типа $5,01 \pm 0,35$ см ($p < 0,05$).

У трупов брахиморфного типа, имеющих относительно короткий ствол нижней брыжеечной артерии, наиболее часто встречается рассыпной тип ветвления нижней брыжеечной артерии - 59,3% случаев. У трупов мезоморфного типа, имеющих средние значения длины ствола, чаще встречается магистральный тип ветвления нижней брыжеечной артерии – 61,1% случаев. У трупов долихоморфного типа имеющих относительно длинный ствол нижней брыжеечной артерии, магистральный тип ветвления встречается наиболее часто – в 80% случаев.

Имеется некоторая связь между длиной корня брыжейки и количеством сигмовидных артерий, проходящих в ней. Трупы долихоморфного типа имели наиболее длинный корень брыжейки – $42,38 \pm 1,63$ см и соответственно у них наблюдалось наибольшее количество сигмовидных артерий (5-8), у трупов брахиморфного типа наблюдался наиболее короткий корень брыжейки – в пределах $35,48 \pm 1,12$ см и наименьшее количество сигмовидных артерий (3-6), у трупов мезоморфного типа, имеющих средние значения длины корня брыжейки – $38,55 \pm 1,08$ см, встречались сигмовидные артерии в количестве 4-6.

Выявлено, что расстояние между параллельным сосудом и брыжеечным краем сигмовидной кишки колебалось на разных участках от 1,3 до 6,8 см. У трупов долихоморфного типа, в начальном отделе сигмовидной кишки – в пределах $2,09 \pm 0,033$ см, в $1/4$ длины корня брыжейки – $4,14 \pm 0,48$ см, в $1/2$ – $4,55 \pm 0,46$ см, в $3/4$ – $3,59 \pm 0,58$ см, в ректосигмоидном отделе – $2,85 \pm 0,72$ см. У трупов мезоморфного типа в начальном отделе сигмовидной кишки – в пределах $2,5 \pm 0,31$ см, в $1/4$ длины корня брыжейки – $4,98 \pm 0,65$ см, в $1/2$ – $5,41 \pm 0,64$ см, в $3/4$ – $3,27 \pm 0,68$ см, в ректосигмоидном отделе – $2,3 \pm 0,62$ см. У трупов брахиморфного типа в начальном отделе сигмовидной кишки – в пределах $2,38 \pm 0,47$ см, в $1/4$ длины корня брыжейки – $5,31 \pm 0,78$ см, в $1/2$ – $5,68 \pm 0,71$ см, в $3/4$ – $3,34 \pm 0,92$ см, в ректосигмоидном отделе – $3,01 \pm 0,83$ см (рис.4).

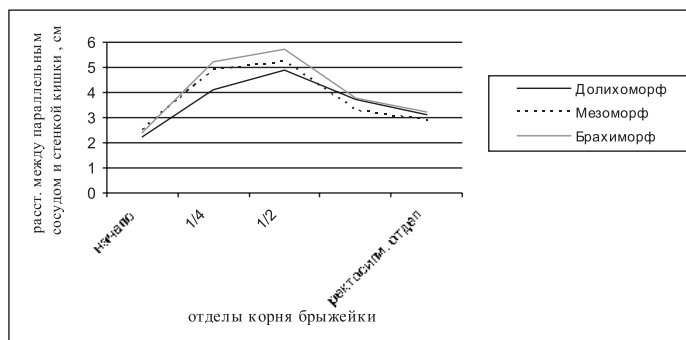


Рис. 4. – Показатели расстояния между параллельным сосудом и брыжеечным краем сигмовидной кишки у трупов разных типов телосложения.

Таким образом, у трупов брахиморфного типа наблюдалось наибольшее расстояние между стенкой кишки и параллельным сосудом, по сравнению с трупами других типов телосложения. Это можно связать с тем, что у трупов брахиморфного типа брыжейка сигмовидной кишки во всех отделах наиболее широкая, в сравнении с трупами других типов телосложения, что и обеспечивает большую удалённость параллельного сосуда от края кишки

Выявлено, что у трупов всех телосложений, доминирующее положение на протяжении сигмовидной кишки, занимают прямые артерии одиночного типа – 58-70%, прямые артерии бифуркационного типа – 19-34%, прямые артерии пучкового типа 5-12%. Полученные данные представлены в табл.1

Таблица 1

Соотношения прямых артерий разных типов ветвлений на протяжении сигмовидной кишки ($M \pm m$) у трупов разных телосложений, $n=98$

Отдел сигм. киш-ки	Одиночный тип прямых артерий			Бифуркационный тип прямых артерий			Пучковой тип прямых артерий		
	Д	Б	М	Д	Б	М	Д	Б	М
Верхн. треть	$66,5 \pm 3,43\%$	$63,19 \pm 3,66\%$	$66,8 \pm 2,75\%$	$28,5 \pm 3,59\%$	$29,97 \pm 3,64\%$	$26,69 \pm 3,03\%$	$5,0 \pm 1,38\%$	$6,83 \pm 1,44\%$	$6,16 \pm 1,23\%$
Средн. треть	$54,83 \pm 2,86\%$	$55,66 \pm 2,24\%$	$58,02 \pm 3,13\%$	$33,4 \pm 2,95\%$	$33,28 \pm 2,74\%$	$29,94 \pm 3,67\%$	$11,76 \pm 1,35\%$	$11,04 \pm 1,66\%$	$12,02 \pm 1,62\%$
Нижняя треть	$68,5 \pm 2,56\%$	$65,66 \pm 2,03\%$	$63,75 \pm 2,0\%$	$24,13 \pm 2,64\%$	$28,16 \pm 2,49\%$	$29,77 \pm 1,7\%$	$7,36 \pm 1,24\%$	$6,16 \pm 1,16\%$	$6,47 \pm 1,53\%$

Примечание: Д – долихоморфный тип; М – мезоморфный тип; Б – брахиморфный тип

Установлено, что площадь кровоснабжения сигмовидной кишки не зависела от типа телосложения, не зависела от участка кишки в котором проводилась заливка, а всецело зависела от типа ветвления прямой артерии. Так, прямые артерии одиночного типа имели наименьшую площадь кровоснабжения – 17-19 см², бифуркационного типа – 20-24 см², прямые артерии пучкового типа имели наибольшую площадь кровоснабжения – 25,5-29,5 см².

При проведении пластических и реконструктивных операций с замещением полых органов брюшной, грудной полости и забрюшинного пространства сегментом сигмовидной кишки необходимо учитывать конституциональные особенности топографии брыжейки сигмовидной кишки и архитектонику ее артериального русла.

Из полученных данных следует, что наиболее благоприятные анатомические условия для сигмопластических операций имеют лица долихоморфного типа (наиболее длинная брыжейка, наиболее часто встречается магистральный тип ветвления нижней брыжеечной артерии), наименее благоприятные условия у лиц брахиморфного типа (короткая брыжейка, наиболее часто встречающийся рассыпной тип ветвления нижней брыжеечной артерии).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бакиров, А.А. Тотальная пластика пищевода при его стриктурах / А.А. Бакиров // Вестн. хирургии. – 2001. – №1. – С. 53 – 57.
2. Литвиненко, Л.М. Взаимоотношение нижней брыжеечной вены с артериями / Л.М. Литвиненко // Морфология. – 2004. – том 125, №1. – С.36-39.
3. Муниров, М.С. Сравнительно-анатомическая характеристика толстой кишки, её замыкательного аппарата и кровеносного русла: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Уфа, 2000. – 20 с.
4. Шнякин, П.Г. Типовая анатомия брыжейки и артериального русла тонкой кишки человека: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Красноярск, 2008. – 24с.

УДК 616.94:616.2-053.31

ПОЛИОРГАННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Торгашина М. В., Шитикова Ю. С.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра детских болезней с курсом ПО*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Нейман Е. Г.

Актуальность. Благодаря бурному развитию неонатологии имеют место позитивные изменения основного статистического показателя отечественного здравоохранения – младенческой смертности. В основе этого лежит плодотворное сотрудничество практических врачей и представителей науки, в результате которого не только осуществляются разработка и внедрение новейшей аппаратуры, но и проводится глубокий анализ эффективности профилактики, диагностики и лечения патологических состояний у детей. Увеличение выживаемости новорожденных с респираторной патологией, недоношенностью, с врожденными пороками развития и с внутриутробной инфекцией определяет тяжесть дальнейших расстройств у них, о чем свидетельствует актуальность данной проблемы.

Цель: определить влияние этиологии полиорганной недостаточности (ПОН) на исход заболевания у новорожденных.

Задачи:

1. Выявить влияние медико-социальных факторов на тяжесть состояния новорожденных с ПОН.
2. Определить тяжесть состояния новорожденных с ПОН в зависимости от гестационного возраста.
3. Оценить значение асфиксии в развитии ПОН.
4. Изучить заболеваемость и летальность у новорожденных с ПОН.
5. Доказать влияние времени возникновения и типа ПОН на тяжесть поражения нервной системы.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 43 новорожденных с ПОН, родившихся в 2008-2009 годах в родильных домах №2, №4 и ГКБ №20 г. Красноярск. Всем пациентам проводилось динамическое клиническое наблюдение, аппаратный и лабораторный мониторинг в родильных домах, проанализированы истории родов и развития новорожденных, в том числе карты первичной реанимационной помощи, листы интенсивного наблюдения, протоколы патологоанатомического вскрытия умерших младенцев. Все обследованные разделены на 3 группы в зависимости от причины развившегося ПОН. В первую группу вошли 12 новорожденных с внутриутробной инфекцией. Вторая группа состояла из 13 недоношенных с респираторным дистресс-синдромом I типа. В третью группу включены 18 детей с полиорганной недостаточностью, причиной которой были церебральные расстройства. Клиническая оценка новорожденных проводилась с помощью стандартизированных шкал (Апгар, Глазго-Питсбурга, Crib, Sofa).

Результаты исследования. При анализе влияния неблагоприятных факторов на плод выявлено, что большинство женщин были не замужем, 1/3 имела вредные привычки (курение, алкоголизм, наркомания) и дефекты наблюдения в женской консультации.

Сравнивая социальный статус матерей в 3-х группах новорожденных, выявлено, что асоциальный образ жизни вели чаще матери 1-й группы, вредные привычки достоверно чаще отмечены в 1-й группе матерей по сравнению со второй, дефекты наблюдения в женской консультации имели большинство матерей 2-й группы. Все матери страдали соматической, гинекологической и инфекционной патологией, в том числе инфекциями, передающимися половым путем. Чаще хроническая инфекционная патология встречалась у матерей новорожденных с ВУИ (1 группа) 50±14,4%; во второй и третьей группах высокий инфекционный индекс составил 30±12,7% и 22,2±9,8% соответственно. По частоте эндокринных, гинекологических заболеваний также лидировали матери первой группы, сердечно-сосудистыми заболеваниями страдали чаще женщины второй группы 46±13,8%.

У большинства матерей отмечен отягощенный акушерский анамнез: невынашиванием беременности достоверно чаще по критерию Манна-Уитни страдали матери 1-й группы (42±14,2%) по сравнению с 3-й (5,5±5,4%).

Практически у всех беременность протекала с осложнениями в виде угрозы прерывания, фето-плацентарной недостаточности, анемии, гестозов, острых инфекционных заболеваний. Гестозы были и протекали тяжелее достоверно чаще у матерей новорожденных первой группы. Угроза прерывания беременности в 31,8±13,6% преобладала у женщин второй группы. Анемический синдром достоверно чаще был у матерей третьей группы. Фето-плацентарную недостаточность и гипоксию диагностировали у всех в первой группе.

Таблица 1

Особенности родоразрешения в клинических группах

Клиническая группа	Операция кесарево сечения (%)	Домашние роды (%)
1 группа n=12 (100%)	58±14,2	
2 группа n=13 (100%)	77±11,7*	8±7,5
3 группа n=18 (100%)	28±10,6	

*p<0,05 достоверность различий в группах сравнения (критерий Манна-Уитни)

Оперативное родоразрешение достоверно чаще использовано в группе недоношенных новорожденных по сравнению с 3-ей группой, что могло спровоцировать более тяжелый дефицит сурфактанта у новорожденного с малым гестационным возрастом. В этой же группе зарегистрированы домашние роды (табл. 1). Относительно редко операция кесарево сечения использована при рождении детей с перинатальным поражением ЦНС, это могло увеличить количество детей с гипоксическим и травматическим поражением ЦНС.

Таблица 2

Осложнения в родах у матерей новорожденных с ПОН

Клиническая группа	1 группа n=12 (100%)	2 группа n=13 (100%)	3 группа n=18 (100%)
Отслойка плаценты		23±11,7	11±7,4
Тяжелый гестоз	25±10,2	15,38±9,9	5,5±5,4
Слабость родовой деятельности	25±12,5	7,6±7,3	5,5±5,4
Быстрые роды	33,3±13,6	7,6±7,3	50±11,8*

*p<0,05 достоверность различий в группах сравнения (критерий Манна-Уитни)

Тяжелый гестоз с экстренным родоразрешением и слабость родовой деятельности чаще наблюдались у женщин первой группы, отслойка плаценты преобладала у матерей новорожденных второй группы, но достоверных различий не найдено. Быстро роды достоверно чаще протекали у матерей третьей группы (табл. 2).

Достоверно меньший гестационный возраст имели дети 2-ой группы (табл. 3). Там преобладали новорожденные с экстремально и очень низкой массой тела (46±13,8%) с достоверностью p<0,05 по критерию Манна-Уитни.

Таблица 3

Анализ гестационного возраста в клинических группах

Клиническая группа	1 группа n=12	2 группа n=13	3 группа n=18
Гестационный возраст	37,25±0,9	29,69±0,7*	38,44±0,4

*p<0,05 достоверность различий в группах сравнения (критерий Манна-Уитни)

Более половины (58±7,5%) обследованных новорожденных родились в асфиксии. Достоверно чаще рождались в состоянии асфиксии дети 1-й группы (75±14,4%) по сравнению с группой недоношенных (2) (46±13,8%).

Таблица 4

Доля первичного и вторичного синдрома полиорганной недостаточности в группах новорожденных

Клиническая группа	1 группа n=12 (100%)	2 группа n=13 (100%)	3 группа n=18 (100%)
первичный	83,3±10,8*	38,4±13,5	5,5±5,1
вторичный	16,6±13,8	61,6±13,5	94,4±5,4*

*p<0,05 достоверность различий в группах сравнения (критерий Манна-Уитни)

Первичная полиорганная недостаточность достоверно чаще по критерию Манна-Уитни развивается в первой группе. Большинство новорожденных с внутриутробной инфекционной патологией имели максимальное вовлечение систем в ПОН уже на 1-й недели жизни (83,3±10,8%), во второй группе первичная ПОН встречалась в 38,4±13,5%, а в третьей – в 5,5±5,1% (табл. 4). Вторичная ПОН достоверно чаще развивается у новорожденных с церебральной патологией (94,4±5,4%).

Острую дыхательную недостаточность с потребностью в оксигенотерапии и церебральную недостаточность с клиникой отека мозга, нарушением сознания (кома 1-3 ст.) имели все новорожденные в группах. У 44,18±7,6% больных эти изменения не сопровождались недостаточностью других органов и систем. Эти дети не нуждались в инотропной поддержке, получали оксигенотерапию в течение 4-6 дней. Четвертая часть пациентов (23,3±6,4%) вместе с церебральной и дыхательной недостаточностью имела явления гиповолемического шока, получала инотропную терапию в течение 1-2-х дней и находилась на АИВЛ в течение 7-8 суток, 13,9±5,3% обследованных новорожденных вместе с тем имели явления олиго- и анурии или тяжелый желтушный, геморрагический и анемический синдром, а еще 13,9±5,3% больных с поражением всех систем имели летальный исход.

Летальность достоверно выше в 1-й группе (41,7±14,2%) по сравнению с 3-й (5,5±5,4%), во второй группе летальность составила 30,8±12,8%, но достоверных различий с другими группами нет.

Сравнивая сроки летальных исходов нами выявлено, что новорожденные 1-й группы имели летальный исход преимущественно в первые часы и дни жизни, дети с церебральной патологией не погибали в раннем неонатальном периоде. Новорожденные из 2-й группы имели летальный исход как в раннем, так и в позднем неонатальном периоде. В 3-ей группе новорожденных один случай летального исхода произошел в 5 месяцев у ребенка с атрофией мозга.

Более тяжелые неврологические исходы характерны для новорожденных 3-ей группы – у шести выживших (35,3±11,6%) новорожденных этой группы отмечены последствия 3 степени церебральной ишемии с развитием ДЦП, эпилепсии, атрофии мозга, во 2-й группе – у двоих детей оставшихся в живых (22,2±13,9%) имели место тяжелые последствия ишемически-геморрагического поражения головного мозга, в 1-й группе лишь один ребенок (14,3±13,2 % выживших) имел тяжелый неврологический дефицит. В 1-й и 2-й группах преобладают ранние неблагоприятные исходы, в 3-й группе больше доля тяжелых последствий перинатального поражения ЦНС (табл. 5).

Таблица 5

Доля тяжелых последствий полиорганной недостаточности в группах новорожденных

Количество систем, вовлеченных в ПОН	1 группа n=12 (100%)	2 группы n=13 (100%)	3 группа n=18 (100%)
Неонатальная смерть	41,7±14,2*	30,8±12,8	
Тяжелые последствия перинатального поражения ЦНС	8,3±8	15,4±10	38,9±8

*p<0,05 достоверность различий в группах сравнения (критерий Манна-Уитни)

Выводы:

1. Результаты проведенного исследования доказали, что наличие у матери вредных привычек, хронической инфекционной патологии и перинатальных потерь в анамнезе, неэффективное наблюдение в женской консультации, осложненное течение беременности с гестозом и оперативное разрешение при преждевременных родах являются факторами высокого риска развития неотложных состояний в неонатальном периоде.
2. Группа новорожденных с ПОН с малым гестационным возрастом имеют высокую летальность в неонатальном периоде.
3. Тяжелая асфиксия при рождении является причиной развития вторичного СПОН и тяжелых последствий перинатального поражения ЦНС.
4. Первичный СПОН чаще встречается в группе новорожденных с врожденным сепсисом, пороками развития, вторичный – в группе новорожденных, перенесших тяжелую перинатальную гипоксию и асфиксию, травму головного и спинного мозга.
5. Первичный СПОН является причиной высокой неонатальной летальности. Вторичный СПОН вызывает тяжелые последствия поражения ЦНС.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Володин Н.Н. Неонатология: национальное руководство. - Москва, 2007. – С. 246-341, С. 673-688
2. Володин Н.Н. Принципы ведения новорожденных с респираторным дистресс-синдромом, - Москва, 2008. – С. 3-31
3. Грицан А.И., Колесниченко А.П. Диагностика и интенсивная терапия острого респираторного дистресс-синдрома у взрослых и детей. – Красноярск, 2002. – С. 5-160
4. Шабалов Н.П., Любименко В.А., Пальник А.Б. и др. Асфиксия новорожденных. – Москва, - 2003. – С. 5-363

УДК 616-053.5:616-08-036.863

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЛЕКСА ОРТО В КОНТРОЛЕ ЗА ФИЗИЧЕСКИМИ НАГРУЗКАМИ И ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПЕРВОКЛАССНИКОВ

Трасков А. А., Крисанкова Ю. А.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра поликлинической педиатрии и профилактики детских болезней с курсом ПТО

Научный руководитель: д.м.н., доц. Галактионова М. Ю.

Начало систематического обучения ставит целый ряд новых сложных задач перед педагогами, родителями и самим ребенком. Многие научные исследования доказывали, а практика жизни ежедневно демонстрирует, что эффективно начать учебу в школе могут только здоровые дети, имеющие достаточные функциональные резервы. В противном случае учебная деятельность вызывает напряжение регуляторных механизмов, утомление, снижение работоспособности и в конечном итоге приводит к увеличению заболеваемости.

При всей многогранности подходов к сбережению и укреплению здоровья школьников (питание, гигиена, коррекционная педагогика, психология) на первое место, по нашему мнению, выходит фактор движения. Многочисленными исследованиями ученых доказано, что с поступлением в школу общая двигательная активность ребенка падает во много раз. В существующей традиционной практике ей отводится лишь 10-18 % общего бюджета времени. Уроки физического воспитания и физкультурные паузы на других уроках не могут компенсировать дефицит движения. Решить проблему поможет введение в расписание школьных занятий динамических (подвижных) перемен, наполнить которые можно оздоровительным бегом. Положительные влияния физических нагрузок наиболее хорошо проявляются при нахождении некоего оптимума в дозировании, при котором развивается наибольшая чувствительность организма. Разработка технологий рационального использования различных видов и режимов физической активности является нерешенной проблемой до настоящего времени.

Цель исследования: Оценить эффективность использования программно-компьютерного комплекса «ОРТО Expert» в диагностике функциональных нарушений сердечно-сосудистой и вегетативной нервной системы и контроле за физическими нагрузками и двигательной активностью.

Материал и методы: Объектом исследования явились 79 первоклассников (34 мальчика и 45 девочек) в возрасте от 6 до 8 лет, проживающих в г. Красноярске. Учащиеся занимались по различным программам обучения: по традиционной, по программе Л.В. Занкова, по программе Д.Б. Эльконина и В.В. Давыдова.

Оценка функционального состояния организма по параметрам структуры сердечного ритма и вегетативным показателям проводилась при помощи программного компьютерного комплекса «ОРТО Expert» (НПП «Живые системы», г. Кемерово, 2003 г.). Статистический анализ полученных результатов проведен с помощью пакета прикладных программ «Statistica 6,0». Для всех данных определялись среднее математическое значение (М), среднее квадратическое отклонение (σ), ошибка средней арифметической (m). Проверку гипотезы о статистической достоверности проводили с помощью критерия Манна-Уитни и Т-критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение: Изучив влияние оздоровительного бега на функциональное состояние организма школьников, мы разработали методику оптимизации физической нагрузки с помощью кардиоритмографии. Основным методом тренировки при оздоровительном беге или других аналогичных циклических упражнениях является равномерный метод. В этом случае используется равномерный темп бега с равномерной интенсивностью и скоростью. Наибольшая оздоровительная эффективность бега наблюдается на занятиях в темпе до 6-8 км/час. При такой скорости сохраняется свободное дыхание, и отсутствуют неприятные ощущения, что способствует желанию продолжать тренировки. Одним из показателей адекватности нагрузки является, так называемый, разговорный темп. Он характеризуется возможностью во время бега легко вести непринужденную беседу. Тренировочные занятия проводились с интенсивностью вполсилы - три четверти силы. Традиционно оздоровительный бег выполняется в диапазоне средней аэробной мощности при пульсе 60-70% от максимальной частоты сердечных сокращений. Максимальную частоту сердечных сокращений обычно определяют как ЧСС (макс) = 220 - возраст. В системе ORTO Expert рекомендуемые границы пульса и максимальная ЧСС вычисляются более точно с учетом индивидуальных особенностей.

Учащиеся двух классов, обучающиеся по традиционной программе (I) и по программе Д.Б. Эльконина-В.В. Давыдова (II), занимались оздоровительным бегом ежедневно во время динамической перемены в интервале между 11 и 12 часами после 3 урока. В начале исследования дети были разделены на 2 группы, формирование групп было осуществлено учителем физкультуры с учетом пожеланий школьников и школьным врачом в соответствии с общепринятыми медицинскими противопоказаниями.

Группа А. В этой группе был умеренный объем нагрузки - бег продолжительностью 6-11 минут на дистанцию 500-1250 метров регулярно в течение 1,5 месяцев. Группу составили 28 школьников, из них 16 девочек. Средний возраст группы - 7,5±0,4 лет.

Группа В. В этой группе был больший объем нагрузки - бег по 11-16 минут на дистанцию 1250-2000 метров регулярно в течение 1,5 месяцев. Группа состояла из 26 школьников, среди которых было 14 девочек. Средний возраст группы - 7,2±0,37 лет.

Таблица 1

Продолжительность оздоровительного бега для начинающих

Возраст, лет	Время занятий, мин.			
	1-й месяц	2-й месяц	3-й месяц	4-й месяц
Мальчики	7	10	13	16
Девочки	5	8	11	15

С помощью ORTO выявлялись индивидуальные особенности ребенка, на основании которых формировались группы для занятий оздоровительным бегом с разной нагрузкой. Обследование детей проводили регулярно с интервалом 1 раз в 3-4 недели. В процессе наблюдения за функциональным состоянием (ФС) школьников было выявлено, что динамика показателей ВСР под влиянием двигательной нагрузки имела общие закономерности у лиц с одинаковым исходным вегетативным тонусом и мало зависела от возраста и пола. Поэтому в дальнейшем дети с различной регуляцией анализировались отдельно, изучались по 3 подгруппы в каждой группе (лица с ваготонией, эйтонией, симпатикотонией).

В результате наших наблюдений за динамикой интегральной оценки функционального состояния организма в группе А (с меньшей нагрузкой) выяснилось, что у лиц с эйтонией отсутствовали ее достоверные изменения. При этом у 39 % лиц с этим типом регуляции функциональное состояние характеризовалось удовлетворительной адаптацией, у 33% - напряжением механизмов адаптации и у 28% - неудовлетворительной адаптацией. У большинства лиц с симпатикотонией (73%) функциональное состояние организма достоверно улучшилось и стало характеризоваться удовлетворительной адаптацией. Тоже наблюдалось у 50% лиц с ваготонией. Однако у 30% лиц с ваготонией сохранилось напряжение механизмов адаптации и у 20% - неудовлетворительная адаптация.

Проведенный анализ показал, что в группе А (с меньшей нагрузкой) значительно изменилось по сравнению с началом исследования соотношение лиц с разным функциональным состоянием. Существенно увеличилась доля лиц с удовлетворительной адаптацией, и значительно сократилось число лиц с напряжением механизмов адаптации и неудовлетворительной адаптацией. Наблюдаемая динамика ФС в группе с низкой нагрузкой, по-видимому, была связана не с тренировочным эффектом, а с развитием в организме благоприятных неспецифических адаптационных реакций.

В результате наших наблюдений за динамикой функционального состояния организма в группе В (с большей нагрузкой) выяснилось, что достоверные изменения его произошли только у лиц с эйтонией. Количество детей с эйтонией с удовлетворительной адаптацией увеличилось с 30% до 70%. Среди них полностью исчезли случаи неудовлетворительной адаптации. Среди лиц с симпатикотонией и ваготонией достоверных изменений функционального состояния не произошло. При этом у большинства лиц (74%) с симпатикотонией сохранилась оценка, характеризующаяся напряжением механизмов адаптации. Лица с ваготонией разделились на 3 группы: с удовлетворительной адаптацией - 31%, с напряжением механизмов адаптации - 29%, с неудовлетворительной адаптацией - 40%.

Отсутствие улучшения функционального состояния у лиц с ваготонией и симпатикотонией в группе В (с большей нагрузкой) указывало на то, что для них необходимо делать поправку в начальную нагрузку. Полученные результаты свидетельствовали о том, что формирование адаптивных реакций существенно зависело от индивидуальных особенностей вегетативной регуляции и объема мышечной нагрузки. Адаптация к мышечной нагрузке в виде бега продолжительностью 6-11 минут на дистанцию 500-1250 метров в меньшей степени зависела от характера типа вегетативной регуляции

у школьников. При этом в большинстве случаев выявлялось улучшение функционального состояния. В то же время при адаптации к мышечной нагрузке в виде бега продолжительностью 11- 16 минут на дистанцию 1250- 2000 метров положительные адаптивные перестройки в характере вегетативной регуляции сердечного ритма выявлялись только у лиц с эйтонией, тогда как у лиц с ваготонией и симпатикотонией изменения наблюдались в меньшей степени.

Предварительный анализ результатов исследований позволил нам ввести систему поправок в начальную нагрузку с учетом типа вегетативной регуляции и степени напряжения адаптационных механизмов. Максимальной она была у лиц с симпатикотонией и с неудовлетворительной адаптацией. Детям с такими характеристиками приходилось уменьшать начальную нагрузку на 70%. Детям с ваготонией и эйтонией с таким же типом адаптации уменьшалась нагрузка на 50%. Школьникам с удовлетворительной адаптацией, напротив, продолжительность оздоровительной процедуры увеличивалась на 20 % при эйтонии и на 10 % при ваготонии.

Изменения функционального состояния происходили за счет увеличения тренированности организма и из-за причин, не связанных с бегом. Такие трансформации состояний отслеживались и беговую нагрузку у детей меняли. Деление на две группы перестало существовать через 6 недель эксперимента, в дальнейшем дети бегали в индивидуальном режиме.

Автоматизированный мониторинг функционального состояния ребенка с помощью комплекса ORTO позволил оценить воздействие беговых нагрузок на организм детей в реальном времени и проводить своевременную коррекцию продолжительности сеансов оздоровительного бега у каждого ребенка индивидуально. В конце учебного года были проанализированы изменения функционального состояния у школьников, занимающихся бегом. Было выявлено, что число лиц с удовлетворительной адаптацией увеличилось в 2,3 раза и значительно (в 2,5 раза) снизилось количество школьников с напряжением механизмов адаптации и неудовлетворительной адаптацией.

Таким образом, увеличение двигательной активности школьников через ежедневный оздоровительный бег имело высокий оздоровительный и реабилитационный эффект. Мы считаем, что устойчивая динамика в сторону повышения функционального резерва организма школьников была обеспечена индивидуально-типологическим подходом к выбору начальных нагрузок и своевременной коррекцией объема двигательной нагрузки в дальнейшем с помощью кардиоритмографического контроля. Полученные результаты позволяют рекомендовать описанную методику оптимизации двигательной активности к применению в образовательных учреждениях санаторного типа и реабилитационных центрах.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адаптация учащихся к учебной и физической нагрузкам/ Под ред. А.Г. Хрипковой, М.В. Антроповой. – М.: “Педагогика”, 1982. – 236с.
2. Бернацкая, Н.А. Физиолого-психологические аспекты адаптации детей к школьному обучению / Н.А. Бернацкая, Н.Н. Савченко // Бюллетень сибирской медицины. – Т. 4. – 2005. – прилож. 1. – С. 156.
3. Валеева, Э.Р. Функциональные показатели здоровья учащихся инновационной и общеобразовательной школы / Э.Р. Валеева, А.Н. Зиятдинова // Бюллетень сибирской медицины. – Т. 4. – 2005. – прилож. 1. – С. 157.
4. Проскурякова, Л.А. Динамика показателей сердечного ритма и психофизиологических функций у детей 7 – 9 лет, занимающихся спортивной гимнастикой / Л.А. Проскурякова, О.Л. Тарасова // Бюллетень сибирской медицины. – Т. 4. – 2005. – прилож. 1. – С. 153.

УДК 599.323.4:611.81:612.393.1.014

РЕАКТИВНОСТЬ НЕЙРОНОВ СЛОЯ 5 СЕНСОМОТОРНОЙ ОБЛАСТИ КОРЫ ПОЛУШАРИЙ ПЕРЕДНЕГО МОЗГА БЕСПОРОДНЫХ БЕЛЫХ КРЫС НА ОСТРОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПИВА

Третьякова Н. Г.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра биологии с экологией и курсом фармакогнозии

Научный руководитель: д.б.н., доц. Орлянская Т. Я.

Употребление слабых алкогольных напитков, в частности пива, является весьма актуальной проблемой, так как пиво употребляют не только взрослые, но и подростки (как юноши, так и девушки). Это подтверждается многочисленными опросами, проведенными в образовательных учреждениях.

Употребление пива влечёт за собой цепь негативных последствий, обусловленных сочетанием токсического действия алкоголя и других биологически активных соединений. Пиво содержит этанол. Механизмы токсического действия этилового спирта и других компонентов пива взаимосвязаны. При этом входящий в пиво спирт способен модифицировать или усиливать токсическое действие ряда минорных соединений. Известно, что в процессе брожения пива образуются «высшие спирты», эфиры. Именно эти вещества влияют на вкус и запах пива, но они же являются теми компонентами, от которых традиционно очищается водка (их содержание составляет примерно 50-100 мг/л).[1,5,6] Сравнительно недавно в пиве были обнаружены фитоэстрагены, которые представляют собой растительные аналоги женских половых гормонов. Из этого можно сделать соответствующие выводы.

При употреблении пива угнетается деятельность серотонинэргической системы (преобладающей в правом полушарии головного мозга); изменяется чувствительность клеточных мембран к действию медиаторов нервной системы; возрастает активность эндорфинной системы организма, что ведёт к возбуждению центра удовольствия, расположенного в гипоталамусе; нарушается деятельность эндокринных желёз, в том числе, принимающих участие в выработке половых гормонов; дискоординация под действием экзогенного этанола деятельности опиодэргической и эндокринной систем нарушает деятельность функциональных систем, ответственных за выработку целевых форм поведения, за регулирование осознанности своего поведения. Нельзя не отметить резко увеличившуюся приверженность молодёжи к пиву, а ведь между тем, по мнению врачей-наркологов, пиво как никакой другой напиток предопределяет возникновение у подростка алкогольной зависимости.[2,6]

Опираясь на данную информацию, можно утверждать, что проводимые исследования о воздействии пива действительно актуальны.

Целью настоящего исследования было сравнительное изучение состояния клеточных популяций (нейронов и глиоцитов) слоя V сенсомоторной области коры больших полушарий переднего мозга в норме и при моделировании острого воздействия пивом.

В работе использованы 2 группы беспородных белых крыс массой 140 – 150 г: 1 группа – контрольная, 2 – опытная. Животным контрольной группы перорально вводили водопроводную воду, а опытной – пиво (6%) из расчета высокой дозы (53,3 мл/кг веса). Забор мозга проводили через 6 часов после воздействия. Животные, взятые для морфологических исследований, согласно инструкций Международной конвенции по использованию лабораторных животных от 1985 года, усыплялись под воздушно-эфирным наркозом. Передний мозг фиксировали в жидкости Карнуа, заливали в парафин, делали серийные срезы. Исследовались клеточные популяции слоя V соматосенсорной области коры больших полушарий.

На фронтальных срезах толщиной 5-7 мкм проводили качественные реакции на рибонуклеопротеидные комплексы (РНП) тионином по Нисслю, данный метод до сих пор удобен для общего анализа структур клеточных популяций нервной ткани.

Для снятия цифровой информации с гистологических препаратов на светооптическом уровне использовали ручную морфометрию, которая остаётся ведущим способом измерений. Для вычисления плотности распределения нейронов на единицу площади (1 мм²) использовали вариант микрометрических сеток. Подсчитывали число нервных клеток, число «свободных» глиальных клеток и клеток – сателлитов на фиксированной площади при увеличении 400 (об. 40, ок. 10).

Состояние нейронов по характеристике базофильного (тигроидного) вещества их цитоплазмы оценивали на окрашенных по Нисслю препаратах модифицированным методом морфометрии. [1,3,4] Анализировали клетки с сохранной структурой: нормохромные, имеющие светлую цитоплазму с четко видимыми глыбками тигроида, с ядром, расположенным в центре клетки и четко дифференцированным ядрышком. «Тёмные» - гиперхромные и «светлые» - гипохромные, отражающие функциональные изменения нейронов, состояние либо возбуждения, либо торможения нейронов. Выделяли нейроны на границе «нормы» - тотально-гиперхромные: клетки с тёмной цитоплазмой и едва видимым ядром, находящиеся в состоянии начального сморщивания, а также нейроны поврежденные: сморщенные, клетки в состоянии набухания, тотального хроматолиза и клетки-тени.

Цифровой материал обработан статистически с использованием параметрического t-критерия Стьюдента. Анализ распределения нейронов по изучаемым морфометрическим признакам проводили по стандартной методике с использованием пакета программ «Excel» для «Windows».

Как показал анализ полученного материала, у контрольной группы животных в соматосенсорной области коры больших полушарий переднего мозга V слой состоит из крупных расположенных в несколько рядов пирамидных клеток, аксон которых направлен к верхним слоям коры. Цитоплазма таких клеток светлая, в ней равномерно расположены мелкие четко очерченные глыбки тигроида, ядро занимает значительную часть клетки и расположено в центре, ядрышко обычно одно и расположено по середине ядра. Между такими клетками достаточно плотно располагаются свободные глиоциты, реже около эфферентных нейронов встречаются клетки сателлитарной глии. Площадь клеток (St) контрольной группы в популяции слоя V составляет $36,8 \pm 7,1$ мкм², площади цитоплазмы (Sc) и ядра (Sя) примерно на одном уровне (Sc $17,8 \pm 3,2$ мкм², Sя $18,8 \pm 4,5$ мкм²), поэтому ядерно-цитоплазматическое отношение находится на уровне 1. Площадь ядрышка таких клеток имеет значение – $1,1 \pm 0,3$ мкм². Плотность распределения нейронов составляет $11,82 \pm 2,13$, а общей глии $29,63 \pm 4,78$. Количество сателлитарных глиоцитов составляет 567 ± 189 . Глио-нейрональные индексы составляют, соответственно, $2,5 \pm 0,5$ и $0,5 \pm 0,1$. В популяции нейронов преобладающее большинство клеток были нормохромными, составив 73% от исследованных нейронов, 14% популяции были гиперхромными нейронами, на долю нейронов в пограничном состоянии пришлось 4,5%, а 7,5% - нейроны светлые-гипохромные. После перенесённого воздействия в опытной группе, по сравнению с контролем, линейные параметры клеток уменьшаются: St $30,1 \pm 1,108$ мкм², Sя и Sc односторонне снижаются составив значения соответственно $14,9 \pm 5,6$ мкм² и $14,4 \pm 5,9$ мкм², поэтому ЯЦО остаётся на уровне 1, как в контроле. Площадь ядрышка уменьшается до значения $0,8 \pm 0,5$ мкм². В экспериментальной группе достоверно снижается плотность распределения нейронов и глиальных компонентов (общее число глиоцитов и клеток-спутниц). Среди нейронной популяции резко снижается количество нормохромных нейронов за счёт достоверного нарастания клеток, включающих компенсаторные возможности (32%-гиперхромных и 22%-гипохромных). Одновременно с этим, после перенесённого воздействия, появляются значительное число патологически изменённых клеток: сморщенных (9,8%) и клеток-теней (10%), наличием которых возможно и объясняется снижение плотности нейронных популяций.

Таким образом, однократное острое воздействие высокой дозы пива приводит к нарушению гомеостаза в клеточных популяциях эфферентных нейронов соматосенсорной области полушарий переднего мозга, что выражается в уменьшении размеров нейронов, снижении плотности нейронов и глиоцитов, нарастании наряду с процессами компенсации (появление тёмных и светлых клеток) явлений декомпенсации (сморщенные и клетки-тени), приводящих к гибели клеток в коре мозга.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Орлянская, Т. Я. Компенсаторно-приспособительные реакции на уровне нейрональных популяций структур головного мозга при остром воздействии ингалянтами и слабыми алкогольными напитками / Т. Я. Орлянская, А. В. Ильченко. Структурные преобразования органов и тканей на этапах онтогенеза в норме и при воздействии антропогенных факторов. Экология и здоровье человека: матер. междунар. конф. // Астраханский мед. журн. - 2007. - Т. 2, №2. - С. 139-140.
- Петров, А. В. Морфологические механизмы адаптационных (компенсаторно-приспособительных) форм морфологической изменчивости нервнотканевых элементов ЦНС при действии антропогенных факторов / А. В. Петров, В. П. Федоров // Механизмы синаптической передачи: матер. Всерос. конф. - М.: Икар, 2004. - С. 69.
- Федоров, В. П. Морфологическая изменчивость нейроглии в ЦНС при действии антропогенных факторов / В. П. Федоров, А. В. Петров // Новое в изучении пластичности мозга: матер. конф. - М.: НИИ мозга РАМН, 2000. - С. 90.
- Федоров, В. П. Экологическая нейроморфология. Классификация типовых форм морфологической изменчивости ЦНС при действии антропогенных факторов / В. П. Федоров, А. В. Петров, Н. А. Степанян // Журн. теоретической и практ. мед. - 2003. - Т. 1, №1. - С. 62-66.
- Шорманов, С. В. Структурные изменения головного мозга больных хроническим алкоголизмом / С. В. Шорманов // Архив патол. - 2006. - №1. - С. 19-22.
- Худоерков, Р. М. Цитохимия белков в раскрытии закономерностей структурной и функциональной организации мозга / Р. М. Худоерков // Вестн. РАМН. - 2001. - № 4. - С. 43-48.

АНАЛИЗ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО ГОРОДУ КРАСНОЯРСК

Тришина Е. С.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом ПО*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Борцов В. А.

В настоящее время демографические проблемы рассматриваются как ключевые при разработке стратегии развития системы здравоохранения и социального обслуживания, что определяет значимость изучения и анализа данного вопроса. Около двух третей населения Красноярского края проживает в г. Красноярске, при этом урбанизация как явление определяет специфику в процессах заболеваемости рождаемости и смертности, что определяет актуальность данного исследования.

Анализируя медико-демографическую ситуацию в г. Красноярске отметим, что за период с 2003 по 2007 гг. произошло увеличение численности постоянного населения на 15693 чел., с 912174 чел. в 2003 г. до 927867 чел. в 2007 г. Показатель прироста увеличился на 15693 чел., с 927867 чел. в 2003 г. до 912174 чел. в 2003 г. Численность детей в возрасте до 14 лет снижается на 9921 чел., с 137333 чел. в 2003 г. до 127412 детей в 2007 г. Показатель прироста уменьшился на -9921 чел., с 127412 чел. в 2007 г. до 137333 детей в 2007 г. Численность подростков в возрасте от 15 до 17 лет снижается на 12352 чел., с 52396 чел. в 2003 г. до 40044 чел. в 2007 г. Показатель прироста уменьшился на -12352 чел., с 40044 чел. в 2007 г. до 52396 чел. в 2003 г. Численность населения в возрасте 18 лет и старше увеличилась на 37966 чел., с 722445 чел. в 2003 г. до 760411 чел. в 2007 г. Показатель прироста увеличился на 37966 чел., с 760411 чел. в 2007 г. до 722445 чел. в 2003 г.

Численность женского населения увеличилась на 10478 чел., с 499294 чел. на начало 2003 г. до 509772 чел. в 2007 г., что связано с увеличением численности постоянного населения. Показатель прироста увеличился на 10478 чел., с 509772 чел. в 2007 г. до 499294 чел. на начало 2003 г. Численность мужского населения увеличилась на 5215 чел., с 412880 чел. в 2003 г. до 418095 чел. в 2007 г., что также связано с увеличением численности постоянного населения. Показатель прироста увеличился на 5215 чел., с 418095 чел. в 2007 г. до 412880 чел. в 2003 г.

Численность населения моложе трудоспособного возраста снижается на 13609 чел., с 152177 чел. в 2003 г. до 138568 чел. в 2007 г. и обусловлено снижением численности детей в возрасте до 14 лет и численности подростков от 15 до 17 лет. Показатель прироста уменьшился на -13609 чел., с 138568 чел. в 2007 г. до 152177 чел. в 2003 г. Численность населения в трудоспособном возрасте увеличивается на 21834 чел., с 603054 чел. в 2003 г. до 624888 чел. в 2007 г., благодаря возрастанию общего числа женского и мужского населения. Численность населения старше трудоспособного возраста увеличилась на 7468 чел., с 156943 чел. в 2003 г. до 164411 чел. в 2007 г. Показатель прироста увеличился на 21834 чел., с 164411 чел. в 2007 г. до 156943 чел. в 2003 г. (табл. 1.).

Анализируя данные медико-демографических показателей, отметим, что за период с 2003 по 2007 гг. произошло увеличение численности населения в возрасте 18 лет и старше, женского и мужского населения, численности населения в трудоспособном возрасте.

Таблица 1

Медико-демографические показатели по г. Красноярску

Показатели	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	Прирост (абс.)
Численность постоянного населения по г. Красноярску	912174	912826	917195	921669	927867	15693
Численность детей 0-14 лет по г. Красноярску (на начало года)	137333	133300	130036	127760	127412	-9921
Численность подростков 15-17 лет по г. Красноярску (на начало года)	52396	47066	45732	43407	40044	-12352
Численность населения в возрасте 18 лет и старше по г. Красноярску (на начало года)	722445	732460	741427	750502	760411	37966
Численность женского населения по г. Красноярску (на начало года)	499294	500197	503034	506152	509772	10478
Численность мужского населения по г. Красноярску (на начало года)	412880	412629	414161	415517	418095	5215
Численность населения моложе трудоспособного возраста по г. Красноярску (на начало года)	152177	147426	143469	140485	138568	-13609
Численность населения в трудоспособном возрасте по г. Красноярску (на начало года)	603054	607943	614472	619841	624888	21834
Численность населения старше трудоспособного возраста по г. Красноярску (на начало года)	156943	157457	159254	161343	164411	7468

Следует отметить, что за исследуемый период коэффициент рождаемости увеличился на 0,5, с 10,9 в 2003 г. до 11,4 в 2007 г. Показатель прироста увеличился на 4,6 чел., с 11,4 в 2007 г. до 10,9 в 2003 г. Коэффициент смертности снизился на 2, с 13,7 в 2003 г. до 11,7 в 2007 г. Показатель прироста уменьшился на 14,6 чел., с 11,7 в 2007 г. до 13,7 в 2003 г.

Происходит снижение отрицательности естественного прироста населения на 2,5, с - 2,8 в 2003 г. до - 0,3 в 2007 г., что обусловлено повышением показателя рождаемости и снижением показателя смертности. (таб. 2.).

Таблица 2

Коэффициенты естественного движения населения по г. Красноярску

Коэффициент	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	Прирост (%) 2007 г. к 2003 г.
Рождаемость (на 1000 населения)	10,9	10,9	10,9	11,1	11,4	4,6
Смертность (на 1000 населения)	13,7	12,8	13,3	11,9	11,7	- 14,6
Естественный прирост (на 1000 населения)	-2,8	-1,9	-2,4	-0,8	-0,3	

Анализируя данные общей заболеваемости всего населения по г. Красноярску, отметим, что за период с 2003 по 2007 гг. происходит увеличение заболеваемости всего населения на 375,6 чел., с 1480,5 в 2003 г. до 1856,1 чел. в 2007 г., за счет повышения первичной и общей заболеваемости взрослого населения и подростков. Показатель прироста увеличился на 25,4, с 1856,1 чел. в 2007 г. до 1480,5 в 2003 г. По первичной заболеваемости всего населения так же произошло увеличение показателя на 89,1 чел., с 805,4 чел. в 2003г. до 894,5 чел. в 2007 г. Показатель прироста увеличился на 11, с 894,5 чел. в 2007 г. до 805,4 чел. в 2003г. Общая заболеваемость взрослого населения от 18 лет и старше увеличивается на 449,9 чел., с 1221,4 чел. в 2003 г. до 1671,3 чел. в 2007 г., за счет повышения общей заболеваемости подростков. Показатель прироста увеличился на 36,8, с 1671,3 чел. в 2007 г. до 1221,4 чел. в 2003 г. Первичная заболеваемость взрослого населения от 18 лет и старше увеличивается на 79,9 чел., с 525,8 чел. в 2003 г. до 605,7 чел. в 2007 г. Показатель прироста увеличился на 15,2, с 605,7 чел. в 2007 г. до 525,8 чел. в 2003 г. Общая заболеваемость подростков увеличивается на 11,5 чел., с 1970,5 чел. в 2003 г. до 1982,0 чел. в 2007 г. Показатель прироста увеличился на 0,6, с 1982,0 чел. в 2007 г. до 1970,5 чел. в 2003 г. Первичная заболеваемость подростков увеличивается на 280,7 чел., с 1068,7 чел. в 2003г. до 1349,4 чел. в 2007 г. Показатель прироста увеличился на 26,2, с 1349,4 чел. в 2007 г. до 1068,7 чел. в 2003г. (таб.3).

Таблица 3

Показатели заболеваемости населения по г. Красноярску

Показатели	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	Прирост (абс.)
Общая заболеваемость всего населения по г. Красноярску (на 1000 населения)	1480,5	1601,7	1638,3	1823,6	1856,1	25,4
Первичная заболеваемость всего населения по г. Красноярску (на 1000 населения)	805,4	834,4	842,3	873,9	894,5	11,1
Общая заболеваемость взрослого населения по г. Красноярску (на 1000 населения от 18 и старше)	1221,4	1383,4	1428,6	1640,3	1671,3	36,8
Первичная заболеваемость взрослого населения по г. Красноярску (на 1000 населения от 18 лет и старше)	525,8	574,0	570,4	588,6	605,7	15,2
Общая заболеваемость подростков по г. Красноярску (на 1000 населения)	1970,5	2076,8	2007,5	1991,7	1982,0	0,6
Первичная заболеваемость подростков по г. Красноярску (на 1000 населения)	1068,7	1187,6	1272,2	1327,4	1349,4	26,3

Выводы:

1. Анализируя данные по медико-демографическим показателям, отметим, что происходит увеличение численность населения по следующим группам: в возрасте 18 лет и старше, женского и мужского населения, трудоспособного и старше трудоспособного возраста, постоянного населения, однако происходит снижение численности населения по следующим группам: детей до 14 лет и подростков 15 – 17 лет, моложе трудоспособного возраста.

2. Анализ данных естественного движения населения показали, что происходит увеличение коэффициента рождаемости, коэффициент смертности имеет тенденцию к снижению, так же наблюдается снижение отрицательности показателя естественного прироста.

3. Анализируя данные показателей заболеваемости населения, отметим, что происходит значительное повышение общей заболеваемости всего населения за счет увеличения показателей общей заболеваемости взрослого населения и подростков. Первичная заболеваемость всего населения повышается за счет увеличения показателей первичной заболеваемости взрослого населения и подростков.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бедный М. С. Демографические факторы здоровья. – М., - 1984, - 92 с.
2. Гаврилов Л. А., Гаврилова Н. С. Биология продолжительности жизни – М.: Наука, - 1986. - 92с.
3. Лебедев А.А., Карасева Т.В., Толстов С.Н. Здоровоохранение – 1996, - №2, – с. 5-11.

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ МАРКЕРОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ИБС И ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА

Туаева З. Р., Чурилина В. С.

*Северо-Осетинская государственная медицинская академия
Кафедра внутренних болезней с курсом эндокринологии и ВПТ
Научный руководитель: д. м. н., проф. Басиева О. О.*

Метаболический синдром в последние годы привлекает пристальное внимание эндокринологов, кардиологов, врачей общей практики. Это обусловлено в первую очередь широким распространением данного симптомокомплекса в популяции, до 20%. По прогнозам к 2025 году ожидается увеличение числа больных на 50%. Гиподинамия, избыточное углеводное питание, стресс, вредные привычки, возраст в сочетании с генетическими факторами способствуют развитию инсулинорезистентности, которая является патогенетической основой метаболического синдрома. Цель исследования: выявление маркеров метаболического синдрома у больных с ИБС, а также определение кардиоваскулярного риска. Материалы исследования: нами были обследованы 215 человек в возрасте от 50 до 70 лет в анамнезе у которых ИБС. Из них большая часть - женщины. Учитывая критерии метаболического синдрома, выявлено - ОТ (объем талии) свыше 94 см. у мужчин и 80 см. у женщин наблюдался у 63% пациентов. При определении ИМТ (индекс массы тела), практически у половины больных отмечалась избыточная масса тела, ожирение 2-3 степени наблюдалось у 35% больных, и только у 1/3 больных масса тела в пределах нормы. Эпизодическое повышение АД свыше 140/90 мм. рт. ст. наблюдалось у 47% больных, гипертоническая болезнь в анамнезе у 35% больных, норма у 18% больных. Повышенный уровень общего холестерина наблюдался у 17% больных, повышенный уровень триглицеридов (ТГ) у 20% больных. Нарушенная толерантность к глюкозе наблюдалась у 18%, у 15% сахарный диабет в анамнезе. Выводы исследования: таким образом, среди обследованных больных метаболический синдром со всеми 4 признаками (ИМТ свыше 25, АД свыше 140/90 мм. рт. ст., повышенный уровень ХС или ТГ, а также нарушенная толерантность к глюкозе) наблюдался у 33,4% больных, что свидетельствует о высоком кардиоваскулярном риске. Сложившаяся ситуация требует интеграции различных специальностей с целью своевременной диагностики МС и профилактики сердечно-сосудистых осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бурдули Н. М. Метаболический синдром. Учебное пособие. 2006. – 63 С.
2. Оганов Р., Мамедов М., Колтунов И. Метаболический синдром: путь от научной концепции до клинического диагноза. // Врач. – 2007. - № 5 – С. – 3.
3. Мамедов М. Н., Оганов Р. Г. Необходимо ли определение инсулинорезистентности для диагностики метаболического синдрома в клинической практике. // Кардиология. 2005. - № 4. –С. – 92.
4. Соколов Е. И., Симоненко В. Б., и др. Клиническое значение выявления инсулинорезистентности у женщин с метаболическим синдромом. // Кардиология. – 2006. - № 4 – С. – 24.
5. Котовская Ю. В. Метаболический синдром: прогностическое значение и современные подходы к комплексной терапии. // Сердце. – 2005. - № 5. – С. – 236.
6. Шилов А. М., Чубаров М. В. и др. Артериальная гипертензия и метаболический синдром X. // Русский медицинский журнал. -2003. - № 21. – С. 1145.
7. Верткин А. Л., Зайрагьянц О. В., Адонина Е. В. и др. Место метаболического синдрома в сердечно-сосудистом континууме. //Лечащий врач. 2008. - № 3
8. Мамедов М. Н. Алгоритмы диагностики и лечения метаболического синдрома в клинко-амбулаторных условиях. // Кардиология. – 2005. - № 5. – С.92

Удк 616.2-053.2-084:614.253.52

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ

Тумар Т. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра сестринского дела*

Научные руководители: к.м.н., асс. Гришкевич Н. Ю., асс. Бахшиева С. А.

Болезни органов дыхания у детей – проблема государственной важности. Они в значительной степени определяют уровень детской заболеваемости и младенческой смертности. Начавшись у детей, они в ряде случаев приводят к инвалидизации больных в зрелом возрасте, а иногда и к драматическим исходам. Болезни органов дыхания стабильно занимают первое место в структуре общей заболеваемости детей и подростков, составляя от трети до половины ее. Некоторые болезни органов дыхания у детей, такие как пневмония, определяют структуру смертности, в первую очередь младенческой. Другие – зачастую приводят к инвалидности.

Целью исследования явилось изучить структуру заболеваемости респираторного тракта у детей, определить их место среди общей заболеваемости и выявить значимость профилактических мероприятий для их предупреждения с участием среднего медицинского персонала.

Исследование проводилось на базе МУЗ «Детская городская больница г. Норильска». Объектом исследования послужили сводные данные по детской заболеваемости за 2007 год.

Респираторным инфекциям наиболее часто подвержены дети раннего возраста. Именно этим определяется их медицинская и социальная значимость. Проведенный нами анализ общей заболеваемости детей первого года жизни обнаружил, что на долю болезней органов дыхания приходится 44,5% случаев. (табл.1, рис.1)

Таблица 1

Заболеваемость детей первого года жизни

	Абс.	На 1000
Всего случаев	3466	2437,4
Болезни органов дыхания	1541	1083,7
Острая пневмония	7	4,9

Острый бронхит	10	7,0
ОРЗ	1477	1038,7
Прочие лор заболевания	40	28,1

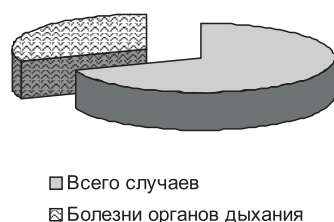


Рис. 1. – Место болезней органов дыхания в структуре общей заболеваемости детей первого года жизни

Кроме того, в ходе исследования структуры заболеваний органов дыхания по нозологическим формам было выявлено, что 95% случаев приходится на ОРЗ, на втором месте стоит патология лор-органов (2,9%), которая развивается как осложнение основного заболевания (т.е. ОРЗ).

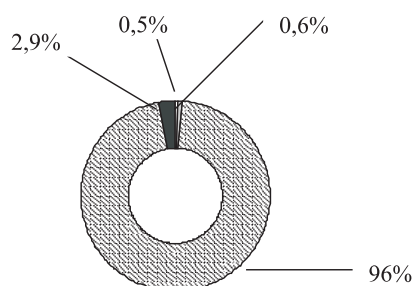


Рис. 2. – Распределение заболеваний респираторного тракта по нозологическим формам у детей в возрасте до одного года.

Анализ заболеваемости органов дыхания у детей в возрасте до 18 лет, так же обнаружил, что 94% случаев приходится на ОРЗ, по всей видимости, это связано с тем, что г. Норильск является промышленным городом, с неблагоприятной экологической обстановкой. (табл.2 , рис.3).

Таблица 2

Заболеваемость детей от 0 до 18 лет

	Абс.	На 1000
Болезни органов дыхания	24.314	1150,9
Острая пневмония	64	3,0
Острый бронхит	141	6,7
ОРЗ	22947	1086,2
Ангина	413	19,5
Бронх.астма	44	2,1

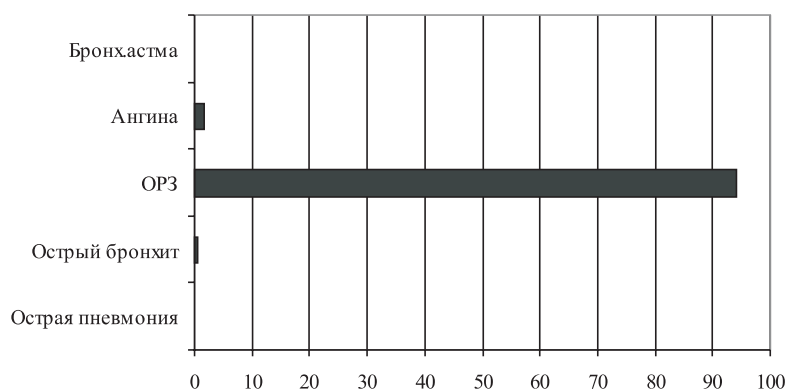


Рис. 3. – Распределение заболеваний респираторного тракта по нозологическим формам у детей в возрасте от 0 до 18 лет

Результаты проведенного нами исследования позволили определить роль медицинской сестры в проведении профилактических мероприятий, которым, к сожалению, на сегодняшний день уделяется второстепенное значение.

Среди организационных мероприятий необходимо выделить следующие моменты:

- медицинская сестра школьных/дошкольных учреждений должна принимать участие в формировании групп высокого риска;
- оснащение медицинских кабинетов школьных и дошкольных учреждений физиотерапевтическим оборудованием, травами, лекарственными препаратами;
- обучение медицинского персонала проведению лечебно-оздоровительного комплекса;
- санитарно-просветительная работа с детьми, подростками и их родителями;
- воспитание санитарно-гигиенических навыков у детей, подростков и членов их семей.

Профилактическое направление включает в себя следующие моменты:

- ✓ ограничение контактов с другими детьми в период сезонных вспышек респираторных инфекций у детей раннего возраста;
- ✓ вакцинация против гриппа;
- ✓ немедленная изоляция заболевших;
- формирование здорового образа жизни у детей, подростков, негативного отношения к табакокурению, алкоголизму, наркомании, токсикомании;
- ✓ рациональное питание детей раннего возраста;
- ✓ закаливающие мероприятия;
- лечебно-физкультурный комплекс;
- физиотерапевтические методы профилактики;
- ✓ в летнее время пребывание на природе, за городом;
- активный образ жизни, борьба с гипокинезией;

Активное участие среднего медицинского персонала в проведении оздоровительных и профилактических мероприятий позволит существенно уменьшить вероятность развития хронических заболеваний органов дыхания, особенно таких, как бронхиальная астма, так как между состоянием нормы и тяжелым заболеванием лежит довольно широкий спектр переходных состояний и функциональных отклонений, которые могут быть зарегистрированы при организации медицинского наблюдения за здоровьем детей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баранов А.А., Альбицкий И.Ю., Валиуллина, С.А. Винарская И.В. Изучение качества жизни детей – важнейшая задача современной педиатрии. // Обзор научно-исследовательских работ по педиатрии, выполненных в 2004 году // Москва, 2005г. С.83–88.
2. Каганов С. Ю., Розинова Н. Н., Нестеренко В. Н., Мизерницкий Ю. Л. Хронические бронхолегочные болезни у детей как проблема современной педиатрии. // Рос. вестник перинатологии и педиатрии, 1998.- №1.- с. 10-17.
3. Повышение качества жизни населения – важнейшая проблема Российской Федерации. Сборник научных статей ко II Международному форуму «Качество жизни: сотрудничество науки, власти, бизнеса и общества». – Москва, 16–17 ноября 2004 г. – С. 3.
4. Пульмонология детского возраста: проблемы и решения /под ред.Ю.Л. Мизерницкого, А.Д. Царегородцева.-Вып.3.-М.-Р.на Дону, 2003.-250с.

УДК: 616.314-008.4

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОТБЕЛИВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ДОМАШНЕГО ПРИМЕНЕНИЯ ZOOM TAKE-HOME WEEKENDER SYSTEM

Тур И. В.

*Карагандинский государственный медицинский университет
Доцентский курс терапевтической стоматологии*

Научный руководитель: асс. Тусбаев М. Г.

Понятие «качество жизни» давно и прочно вошло в обиход, как социологов, так и всех ныне живущих людей. Оно стало общепринятым и общепризнанным термином, обозначающим совокупность черт и свойств личности и общества, условий жизни, здоровья, работы, питания, отдыха, состояния внешней среды.

В последнее время все очевиднее видна связь качества жизни человека с одной из важнейших составляющих его организма - состоянием зубочелюстной системы. Здоровые зубы обуславливают качество нашего питания, играют важнейшую эстетическую роль, наконец, являются символом благополучия человека.

Стремление людей иметь не только здоровые, но и красивые зубы, собственно и появилось в результате возникновения у них потребности сформировать свой внешний облик, соответствующий символу благополучия и удачливости, красоты и высокого социального статуса. Красивые зубы в нашем обществе становятся одним из показателей высокого качества жизни. В этом и заключается актуальность данной работы.

Красота зубов - сложное понятие, состоящее из различных компонентов, таких как размер зубов, их форма, расположение зубов относительно друг друга, гармония зубного ряда и формы лица и т.д.

Сегодня уже тысячи эстрадных звезд, моделей, актеров, бизнес-лидеров и других успешных людей ходят с белыми зубами, символизируя успех, молодость, здоровье, открытость и элитность.

Белый цвет зубов всеми людьми одинаково воспринимается как красивый, а темный цвет как некрасивый. И вряд ли кому в голову придет подумать, что коричневые зубы с темными пятнами это индивидуальная особенность человека, которой можно гордиться.

Отбеливание зубов относится к консервативным методам эстетической стоматологии, получившей широкое распространение в последние годы. Технологии отбеливания занимают видное место среди консервативных методов эстетического стоматологического лечения. Современные методы отбеливания не занимают много времени (от 25 минут до 1 часа) и позволяют любой цвет превратить в ослепительно белый.

Популярность этого вида лечения растет с каждым днем. Миллионы пациентов во всем мире успешно используют различные методики отбеливания зубов и добиваются превосходных эстетических результатов. Психологи утверждают, что белые зубы позволяют человеку среднего или пожилого возраста выглядеть, а, следовательно, и чувствовать себя на 10 лет моложе.

Всегда находятся пациенты, которые не способны проводить лечение дома самостоятельно. Другая группа пациентов не хочет ждать результатов несколько недель, они хотят иметь белоснежные улыбки прямо сейчас.

Именно поэтому мною была предпринята попытка изучить клиническую эффективность и безопасность применения отбеливающей системы для домашнего применения - Zoom Take-Home Weekender System. Так как хоть и существует эта отбеливающая система на протяжении уже нескольких лет, и её уже внедрили в практику ведущие стоматологические клиники, как нашей страны, так и страны постсоветского пространства, но в ней нет подробного описания её клинических испытаний, безопасности и эффективности действия, а также отдалённых результатов.

Для достижения поставленной цели, необходимо решить ряд следующих задач:

- 1) Провести аналитический обзор литературы по данной теме.
- 2) Изучить явление отбеливания.
- 3) Провести многоцентровое рандомизированное исследование.
- 4) Сделать анализ рандомизированного исследования с учётом специфики использования данной отбеливающей системы каждым испытуемым человеком.
- 5) Разработать рекомендации по правильному использованию в домашних условиях отбеливающей системы Zoom Take-Home Weekender System.
- 6) Выявить противопоказания к использованию домашней отбеливающей системы Zoom Take-Home Weekender System.
- 7) Составить прогноз по использованию данной отбеливающей системы на рынке стоматологических услуг Республики Казахстан.
- 8) Провести мета-анализ клинической эффективности отбеливающих систем для домашнего применения Zoom, Proxigel и White & Brite.
- 9) Дать оценку субъективных ощущений пациентов, методом социологического опроса.
- 10) Оценить объективные клинические обследования по итогам проводимого исследования.

Изучение клинической эффективности отбеливающей системы для домашнего применения Zoom Take-Home Weekender System проведено в ходе многоцентрового рандомизированного исследования. Характер исследования определил широкое использование таких методов, как анализ и синтез, социологический опрос, измерение, сравнение, классификация и прогнозирование.

Исследование проводилось на базе стоматологической клиники Карагандинского государственного медицинского университета. В исследовании приняли участие 20 добровольцев в возрасте от 22 до 58 лет. Условиями включения в группу обследования являлось наличие не менее 20 естественных зубов, отсутствие признаков острого воспаления слизистой оболочки полости рта и десны, а также нелеченных глубоких кариозных полостей.

Все обследуемые подписали протокол информированного согласия о добровольном участии и условиях клинического исследования.

В течение 1 месяца все участники исследования применяли для чистки зубов отбеливающую систему **Zoom Take-Home Weekender System**, вместо обычной зубной пасты. Обследуемые были предупреждены о необходимости отказа от применения других средств гигиены полости рта. После отбеливания зубов, наиболее важным моментом стало поддержание результатов. И здесь мы рекомендовали качественную зубную пасту, которую выпускает **Discus Dental Zoom**. Осветляющая зубная паста содержит хлорид цинка, эвкалиптовое масло и тимол.

Анализ результатов применения системы проводился на основании оценки субъективных ощущений пациентов, а также объективного клинического обследования.

Оценка субъективных данных включала опрос пациентов по следующим параметрам: вкусовые качества, консистенция и удобство чистки, появление гиперестезии твердых тканей зубов в ходе курса применения отбеливающей системы, появление признаков раздражения десны или слизистой оболочки полости рта: чувство жжения, признаки мацерации, эрозии или кровоточивость десны, субъективная оценка изменения цвета и блеска зубов.

Объективная оценка эффективности отбеливания выполнялась на основании определения основного тона зубов, включая фронтальную группу и премоляры, по шкале Вита.

Противовоспалительную эффективность оценивали на основании индексов гингивита Силнесс-Лоу и РМА. О противоналетной эффективности судили на основании гигиенических индексов Силнесс-Лоу, Грин-Вермиллион и Федорова-Володкиной.

Регистрация полученных результатов проводилась путем внесения данных в регистрационную индивидуальную карту, а также выполнения фотографии зубных рядов до и после проводимого курса.

Обследование проведено до начала использования системы, и через 1 месяц применения отбеливающей системы.

Все обследуемые отмечали приятные вкусовые качества пасты, хорошую консистенцию и удобство применения. Согласно субъективной оценке всех участников исследования, в результате проведения курса произошло заметное осветление зубов и усиление их блеска. Лица, имевшие неравномерное окрашивание зубов с темным цветом пришеечной области коронок, отметили, что через 4 недели зубы приобрели более равномерное окрашивание.

Признаки гиперестезии твердых тканей зубов к концу 1-ой недели использования пасты отметили четыре пациента. Неприятные ощущения исчезли самопроизвольно в ходе дальнейшего проведения курса.



Восемь обследуемых отметили возникновение признаков кратковременного раздражения десны в виде умеренного жжения и появления точечных белых пятен в области маргинальной десны.

Указанные признаки ликвидировались самопроизвольно в течение 30 мин после чистки зубов. При этом у всех опрошенных появление указанных признаков раздражения десны прекратилось до окончания курса отбеливания. Ни один из опрошенных не отмечал появления эрозий или на кровоточивость десны в ходе применения отбеливающей системы.

В таблице № 1 приведены результаты мета-анализа клинической эффективности отбеливающей системы **Zoom Take-Home Weekender System**, выполненного на основании 3 рандомизированных контролируемых клинических исследований, опубликованных в международных рецензируемых журналах. Сравнительная оценка эффективности системы **Zoom** с аналогами выполнялась на основании оценки числа степеней осветления по шкале Вита (Howard, 1992, Kowitz, et al., 1994, Reinhardt, et al., 1993).

Таблица 1

Результаты мета-анализа клинической эффективности отбеливающих систем для домашнего использования:

Продукт	число наблюдений	число степеней осветления			
		среднее число степеней осветления	SD	Min	Max
Zoom Take-Home Weekender System (Den-Mat)	52	5.3	1,3	3,7	6,9
Proxigel (Reedand McCormick)	17	4.7	0,21	4,6	4,9
White & Brite (Omni International)	27	3.6	2,1	0,4	6

Клиническая безопасность применения домашних отбеливающих средств Zoom подтверждена в ряде исследований. Сравнительная оценка активности проникновения перекисных соединений через твердые ткани коронки зуба в пульпарную камеру при использовании отбеливающей системы Zoom Take-Home Weekender System и ее аналогов дана в работе Thitinanthapan T, 1999. Сравнительное исследование отбеливающих гелей, содержащих 10% пероксид карбамида (Zoom Take-Home Weekender System), основанное на методе спектрофотометрии, показало, что отбеливающая система Zoom Take-Home Weekender System характеризуется наименьшей степенью проникновения перекисных соединений в пульпарную камеру (0,339 +/- 0,251 мкг).

Складывается такое предположение, что проницаемость твердых тканей зуба для перекисных соединений зависит не только от их концентрации в отбеливающем средстве.

Ряд других компонентов отбеливающих систем могут оказывать влияние на активность диффузии перекиси водорода в толщу твердых тканей зуба. Заметна роль карбопола (карбоксиполиэтиленполимера), который добавляют в гель для повышения вязкости и задержки выделения кислорода. Его концентрация в большинстве отбеливающих систем находится в пределах от 0,5 до 1,5% .

Содержание карбопола в Zoom Take-Home Weekender System умеренное, что определяет меньшую вязкость данного средства. Таким образом, есть основание предполагать, что усиление вязкости геля за счет повышения концентрации карбопола приводит к активизации диффузии перекисных соединений через твердые ткани зуба в пульпарную камеру.

Клинические исследования влияния 6-недельного курса применения отбеливающей системы для домашнего использования Zoom Take-Home Weekender System на состояние тканей десны показали, что использование данного геля для чистки зубов в сочетании с зубной пастой (в соотношении 1:1) не приводило к появлению или усилению выраженности воспаления десны. В группе пациентов, применявших аппликации отбеливающего геля в индивидуальной капле, отмечено даже наличие выраженного противовоспалительного эффекта, который проявился сокращением значения индекса Силнесс-Лоу и снижением местной температуры десневой борозды.

Таким образом, система для домашнего отбеливания при правильной методике использования может даже оказывать положительный лечебно-профилактический эффект на ткани десен.

Клиническую эффективность сочетанного использования низкоабразивной отбеливающей зубной пасты Zoom и отбеливающего геля Zoom Take-Home Weekender System для домашнего удаления пигментного зубного налета (налета курильщика) - повышает клиническую эффективность, так показали результаты исследования.

Чистку зубов зубной пастой рекомендовали проводить до и после аппликаций отбеливающего геля в индивидуальной капле. Продолжительность аппликации отбеливающего геля в капле составляла 2-3 часа в день. Соблюдение данного курса в течение 2 недель привело к полному удалению пигментированного налета.

В результате проведенного исследования, были получены следующие результаты:

1) В ходе применения Zoom Take-Home Weekender System и зубной пасты от Discus Dental - Zoom (с содержанием хлорида цинка, тимола, и эвкалиптового масла) - мы решили создать **уникальную отбеливающую систему ZOOM – УНИВЕРСАЛЬНАЯ БЕЛИЗНА**, сочетающей свойства отбеливающего геля и зубной пасты. Её особенностью является то, что она не только обеспечивает отбеливающий эффект, но и обладает лечебно-профилактическими свойствами. 2) Многочисленные исследования и клинические испытания доказывают, что отбеливание зубов под наблюдением стоматолога безопасно. 3) Процедура отбеливания системой Zoom Take-Home Weekender System – для домашнего применения безопасна. 4) Эффективность отбеливающей системы Zoom Take-Home Weekender System высока – до пяти степеней осветления. 5) Мета-анализ показал, что при использовании отбеливающих систем Zoom, Proxigel и White & Brite - наилучшие результаты и показатели оказались у системы для домашнего отбеливания Zoom Take-Home Weekender System. 6) Отбеливающая система Zoom Take-Home Weekender System характеризуется наименьшей степенью проникновения перекисных соединений в пульпарную камеру (0,339 +/- 0,251 мкг). 7) Все обследуемые отмечали приятные вкусовые качества пасты, хорошую консистенцию и удобство применения. 8) В результате проведенного исследования зубы приобрели более равномерное окрашивание. 9) Система для домашнего отбеливания Zoom Take-Home Weekender System обладает антибактериальным действием в отношении ряда анаэробных периодонтопатогенных возбудителей, что определяется окислительными свойствами перекисей, входящих в состав отбеливающего геля. 10) В группе пациентов, применявших аппликации отбеливающего геля в индивидуальной капле, отмечено даже наличие выраженного противовоспалительного эффекта, который проявился сокращением значения индекса Силнесс-Лоу и снижением местной температуры десневой борозды.

Как и предполагалось – гипотеза исследования дала положительный ответ - предварительные результаты проводимого исследования подтвердили безопасность применения отбеливающей системы **Zoom Take-Home Weekender System**.

Таким образом, полученные результаты явились основанием для создания уникальной отбеливающей системы **ZOOM – УНИВЕРСАЛЬНАЯ БЕЛИЗНА**, сочетающей свойства отбеливающего геля и зубной пасты. Ее особенностью является то, что она не только обеспечивает отбеливающий эффект, но и обладает лечебно-профилактическими свойствами.

Нами был разработан ряд рекомендаций по правильному и более качественному использованию отбеливающей системы для домашнего применения Zoom Take-Home Weekender System, с целью получения более высокого результата, за более короткий отрезок времени.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Институт стоматологии № 2 (7) 2000г. // Современные методы отбеливания.
2. Ковалевский А. М., Иорданишвили А. К. Современные препараты для отбеливания // Усовершенствование методов и аппаратуры, применяемых в учебном процессе, медико-биологических исследованиях и клинической практике / Сборник изобретений и рационализаторских предложений. – СПб., 1996. – Вып. 27. – С. 39.
3. Лекционный материал (СГМУ, г. Архангельск, кафедра терапевтической стоматологии).
4. Новое в стоматологии 8/98 (68). Спец. выпуск. // Отбеливание.
5. Стоматология № 5 1997г. // Сравнительная оценка эффективности разных видов отбеливающих систем на основе перекисных соединений.
6. Справочник по стоматологии. Под ред. Рыбакова А.И., 1993.
7. Терапевтическая стоматология // Под ред. Боровского Е.Е. 1997
8. Трезубов В.Н. и соавт. «Справочник врача-стоматолога по лекарственным препаратам», 1999 год, Санкт-Петербург.
9. Федоров Ю.А., Дрожжина В.А., отбеливающие системы: Proxigel и White & Brite Новое в стоматологии, №10, 1997.

УДК 39 ББК 63.5 К 90

ОСОБЕННОСТИ ТРАДИЦИИ В ПИТАНИИ В УЗБЕКСКИХ СЕМЬЯХ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ

Тухтаева Х. Х., Хасанова С. Ф., Бадритдинова Д. М.

*Бухарский государственный медицинский институт им. Авиценна
Кафедра подготовки врачей общей практики*

Научный руководитель: к.м.н. Жарылкасынова Г. Ж.

Актуальность. Семейные традиции - это совместные действия, обряды, ритуалы, передающиеся из поколения в поколение. Важно, чтобы смысл традиций был понятен всем членам семьи: взрослые и дети должны чувствовать «объединяющую силу» семейных традиций [2,7]. Семья - это совместное проживание, а значит, все должно быть совместным: еда, вещи, гигиена. В каждой семье есть свой устав, гласный или негласный, который позволяет распределять обычные блага (покупка вещей, отдых и т. д.), свои правила, по которым планируется жизнь семьи на ближайшее и отдаленное будущее [2].

В комплексе систем жизнеобеспечения любого народа одно из ключевых мест принадлежит пище, которая составляет самую первую, основную и повседневную витальную потребность человека. Длительное время сохраняются ее национальные формы, а именно: состав блюд; способы заготовки, хранения продуктов, приготовления блюд и их потребления; исторически сложившиеся традиции в характере питания; этническая специфичность пищи; праздничные и обрядовые кушанья; нормы и правила этикета питания; предпочтения и запреты, и многое другое [3]. Выработанная веками система питания узбеков наилучшим образом обеспечивает необходимому организму соотношение белков, жиров, углеводов и минеральных веществ, регулирует оптимальный режим их обмена в данной природно-климатической зоне, способствует наблюдению равновесия между образом жизни, сырьевой базой питания и калорийностью продуктов [4,5,6]. Традиционная система питания является своеобразным этническим маркером и служит одним из источников изучения не только истории народа, но и механизма функционирования культурного наследия этносов в современных условиях.

Семья - это малая группа людей, которые объединяются у одного холодильника. В действительности, если в семье стали кушать по отдельности, то дело идет к разрушению, и не только семьи, но и здоровья человека. В обществе появилась серьезная проблема - анорексия, она возникает, когда люди теряют культуру питания, которая прививается именно в семье. Неслучайно в старинной живописи семьи любили изображать за обеденным столом, не столь важно, чем заставленным: вареной картошкой или изысками кулинарии, главное, что семья в сборе [1,3].

Безусловно, национальная кухня любого народа основывается на его экономике, на тех продуктах, которыми богата его земля. Узбекистан обладает богатыми возможностями. Здесь широко развиты животноводство, птицеводство, пчеловодство. Собирают богатые урожаи пшеницы, риса, кукурузы, ячменя, бобовых (маша, ловии, нухата (гороха) и сои). Благодаря теплоте климата здесь растет большое разнообразие фруктов, овощей, винограда и бахчевых, а также цитрусовых, зелени, ягод и орехов. Как известно, кулинария относится к отрасли прикладного искусства. Ее истоки уходят вглубь веков. За тысячелетнюю историю в узбекской кулинарии сложились свои специфические особенности, национальный колорит и своеобразные жанры. Ознакомление с этими результатами народного творчества представляет большой исторический и культурный интерес. Своеобразие и специфические особенности узбекской кухни сводятся, таким образом, к следующему: а) климатические условия края; б) щедрость земли узбекской, которая дарит самые разнообразные продукты питания; в) своеобразие многовековых бытовых традиций народа; г) взаимообогащение и ассимиляция кулинарных достижений разных народов, проживающих как на территории Узбекистана, так и по соседству с ним; д) не только научный, но и эмпирический характер приготовления блюд, базирующийся на многовековом опыте народных кулинаров, который передавался из поколения в поколение.

В последние десятилетия в связи с нарушением баланса экосистемы в природе возникла настоятельная необходимость обратиться к традиционному питанию в надежде, что оно благотворно скажется на здоровье и продолжительности жизни как отдельных людей, так и объединяющих их этнических общностей. И не случайно изучение традиционных систем питания народов мира, в том числе и узбеков, привлекает все большее внимание исследователей-этнографов.

Цель исследования. Выявление особенностей традиции в питании в узбекских семьях и их влияние на здоровье членов семьи.

Задачи исследования:

1. Выявить частоту распространенности часто встречающихся заболеваний в узбекских семьях.
2. Изучить особенности питания в этих семьях и их влияние на здоровье семьи.
3. Разработать для узбекских семей рекомендации по правильному питанию.

Материалы и методы исследования. Исследовательская работа была проведена на территории семейной поликлиники № 4 города Бухары Республики Узбекистан. Врачи общей практики (семейные врачи) обслуживают население в количестве 9878 человек. Из них 43,7% составляют дети и подростки и 56,3% взрослое население. 86% населения территории поликлиники составляют узбекские семьи. Были изучены ретроспективно амбулаторные (форма 025/у) и диспансерные карты (форма 030/у) больных с узбекских семей для выяснения частоты распространенности часто встречаемых заболеваний в узбекских семьях. Затем проведено анкетирование в этих семьях с целью выяснения особенности питания, распорядка дня по питанию, также разработаны и розданы рекомендации семьям по рациональному питанию.

Результаты и обсуждение. Ретроспективное изучение заболеваемости взрослого населения в узбекских семьях показало нижеследующие результаты: болезни сердечно - сосудистой системы (51,3%), болезни органов дыхания 37,3%, болезни нервной системы - 16,2%, болезни органов пищеварения - 49,2%, болезни крови - 63,6%, эндокринологические заболевания 32,2%.

Для изучения традиции питания в этих семьях путем анкетирования были взяты семьи из числа часто встречающихся заболеваний в семье, в количестве 120 семей. При анализе данных о соблюдении режима питания в семьях, выяснилось что, практически все семьи (92,9%) не соблюдают режим питания. В Узбекистане, как и у многих народов, трапеза трехразовая: завтрак - нонушта, обед - тушлик овкат и ужин - кечки овкат. По результатам опроса выяснилось, что большая часть населения (71%) питается лишь два раза в день или принимая весь суточный рацион перед отходом ко сну. Распорядок питания у 48% опрошенных семей в основном состоит из утреннего завтрака (молоко, молочный чай, чай с хлебом, бутерброд), обеденного перерыва (в виде легкого обеда - чай с хлебом, или «Роллтон, Красная чашка», хот-дог и т.д.) и ужина. При этом большее количество населения (88%) предпочитает употребление высококалорийной пищи (плов, мучные - лагман, лапша, манты, пельмени, ханум и т.д., жирные мясные бульоны) на ужин. При этом наибольшие проценты предпочтения пищи во всех группах занимают мучная и жирная пищи.

У респондентов с заболеваниями сердечно - сосудистой системы превалирует высококалорийная пища (72,0%), а у больных с заболеваниями органов пищеварения (69,0%) - острая и жирная пища, что в свою очередь могут являться факторами усугубляющие течение многих заболеваний. Наличие вредных привычек, также говорит о не соблюдении здорового образа жизни. У больных с болезнями сердечно - сосудистой системы больше превалирует курение сигарет (28,0%), заболеваниями желудочно-кишечного тракта жевание табака и употребление алкоголя (26,0%), с болезнями дыхательной системой - сигареты (62,0%) и нервной системой - жевание табака (28,0%).

При изучении наиболее интересующих населения вопросов здорового образа жизни были вопросы, касающиеся рационального питания (51,0%), вредных привычек (39,5%) и сексуального здоровья (9,5%).

Семейный ритуал, как совместное приготовление пищи в 38 (32%) узбекских семьях сохранилось. Выяснилось, что члены семей, в основном дедушки, бабушки, матери и отцы, также дети вместе лепят пельмени, манты, готовят салаты и т.д. всей семьей. В таких семьях дети растут с осознанием того, что делать что-то самому в семье очень приятно.

Узбеки любят ходить друг к другу в гости и приносить разнообразные красиво выпеченные лепешки со сладостями (халва, кунжут, халвайтар, нават и т.д.). Но всего лишь 31% опрошенных ходит в гости регулярно, 63% только по праздникам, а 6% не любят ходить или не ходит в гости.

Выводы.

1. Наиболее часто встречаемые заболевания среди обследованных семей такие как, болезни сердечно-сосудистой системы (51,3%), органов пищеварения (49,2%), органов дыхания (37,3%), болезни крови (63,6%).
2. Режимный момент приема пищи соблюдают очень малое количество респондентов. Несоблюдение пищевого режимного момента - 71% семей питается лишь два раза в день или принимая весь суточный рацион перед отходом ко сну. При этом большее количество населения предпочитает употребление высококалорийной пищи.
3. Общая гиподинамия приводит к пищеварительной дискинезии. Этому в немалой степени способствует употребление легкоусвояемой пищи, злоупотребление рафинированными продуктами, однообразное и невкусное питание, пища, бедная вкусовыми веществами.
4. Пропаганда здорового образа жизни, рационального питания в узбекских семьях в виде вопросов и ответов, в виде лекций (из вариантов предложенных самими респондентами были предложения организовывать семинары, дискуссии), крайне необходима для врача общей практики (семейного врача).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бикбулатова Н.В. (1961, 1964, 1969, 1971 гг.) этнографический и фольклорный материал по свадебным и другим обрядам; праздничным и повседневным кушаньям и напиткам башкир юго-западных, южных, юго-восточных районов.
2. Гозиев Э. Этика семьи и психология. Ташкент.1996.
3. Муратшина Г.Ш. (1961, 1962, 1963 гг.) этнографические материалы по пище, напиткам, утвари юго-западных и юго-восточных зауральских башкир.
4. Турсунов Н. Хлеб и дастурхан //Собеседник. 2003.№ 4. -С.47-48.
5. Шаниязов К.Ш. Узбеки-карлуки. Ташкент, 1964.
6. Шаниязов К.Ш. К этнической истории узбеков. Ташкент. 1974. С. 311.
7. Шоумаров Г. 1001 ответов на 1001 вопросов психологии. Ташкент.2000.

ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕТСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГК БСМП Г. УЛАН-УДЭ

Тыхенова М. Л.

Бурятский государственный университет

Кафедра факультетской хирургии

Научный руководитель: к.м.н. Доржиев Б. Д.

Актуальность. В последние годы отмечается рост числа химических ожогов пищевода у детей. На современном этапе отмечается рост количества и видов агрессивных химических веществ, их доступность.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения и совершенствования диагностики глубины поражения.

Задачи исследования:

1. Провести систематизацию современных прижигающих средств.
2. Провести параллели между клиническими проявлениями и эндоскопической картиной.

Материалы и методы. Нами представлен 5-летний анализ историй болезней 219 детей, поступивших в ДГКБ №2 и ДХО ГК БСМП г. Улан-Удэ с химическим ожогом пищевода. Всем поступившим детям проводилось комплексное клинико-лабораторное, эндоскопическое исследование, комплексное, дезинтоксикационное лечение.

При проведенном исследовании нами выявлен значительный рост больных с химическими ожогами пищевода и его последствиями. Список химических агентов ежегодно расширяется, а механизм его воздействия на ткани пищевода различен.

Химические агенты, вызвавшие ожоги пищевода, представили собой следующие группы: окислители - 50 детей (23%), протоплазматические яды - 59 детей (27%), обезвоживатели - 15 детей (7%), коррозивы - 28 детей (13%), нарывные - 53 ребенка (24%), неизвестное вещество - 14 детей (6%).

Дети до 3 лет и мальчики более повержены к химическим ожогам пищевода – 137 (63%).

Комплексное лечение детей с ожогами пищевода в стационарных условиях проводилось с учетом тяжести состояния. Консервативная терапия была выполнена у 207 (95%) детей, по улучшению общего состояния и положительной картины эндоскопического исследования они были выписаны под дальнейшее наблюдение хирурга и педиатра по месту жительства.

Все дети с 3 степенью химического ожога пищевода были госпитализированы в отделение детской хирургии ГК БСМП, где также проводилась комплексная терапия, и применялись хирургические методы лечения.

Выводы:

- Увеличение количества и видов агрессивных химических веществ.
- Прижигающие вещества по степени агрессивности приводят к 1 степени 116 детей (53%), 2 степени 65 детей (30%), 3 степени 38 детей (17%).
- Отмечается значительный рост количества детей с химическими ожогами.
- Степень химического ожога пищевода определяется на повторный ФГДС, на 7-8 день нахождения в стационаре.
- Степень глубокого поражения пищевода у детей химическим агентом определяется в прямой зависимости от времени оказания первой медицинской помощи.

ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И ФУНКЦИЙ ПЕЧЕНИ У КОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Тыхеренова А. В.

Бурятский государственный университет

Республиканский перинатальный центр

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом педиатрии

Научный руководитель: к.м.н. Фаткуллина И. Б.

Гестоз является актуальной проблемой современного акушерства, что связано не только с частотой данной патологии беременности, но и с теми осложнениями, развитию которых он способствует. Частота развития гестоза у беременных в нашей стране колеблется от 7 до 16 % [12, 13, 14, 15]. В структуре смертности беременных, рожениц и родильниц тяжелые формы гестоза занимают одно из первых мест [10, 11, 12, 13]. Следует отметить отрицательное влияние преэклампсии на перинатальные исходы.

В республике Бурятия частота гестоза составляет 13,6 на 1000 родов (по данным за 2008 г.) и не имеет тенденции к снижению. Гестоз легкой степени составляет 81%, 15% гестоз средней степени тяжести и 4% тяжелый гестоз. В РБ отмечается тенденция к росту средне-тяжелых форм гестоза.

При тяжелых формах преэклампсии и эклампсии нарушаются функции жизненно важных органов: почек, головного мозга, печени, лёгких, что нередко приводит к развитию полиорганной недостаточности. Значительный интерес представляет изучение нарушений функций печени возникающих у беременных с преэклампсией, проявляющееся острым жировым гепатозом или HELLP-синдромом, которые впоследствии могут привести к формированию экстрагенитальной патологии и развитию преэклампсии при последующих беременностях. При физиологически протекающей беременности со стороны печени наблюдаются определенные изменения, носящие чисто функциональный характер и не вызывающие нарушения общего состояния беременных [6].

В качестве критерия оценки проницаемости плазмолеммы и повреждения гепатоцитов выступает определение уровня ферментативной активности аланинаминотрансферазы – цитозольного фермента гепатоцитов, ферментов, связанных с различными структурами клеток: аспартатаминотрансферазы, щелочной фосфатазы, показателей липидного обмена.

Согласно немногочисленным литературным данным существует расовая и этническая вариабельность течения беременности, развития ее осложнений, методов и сроков родоразрешения, перинатальных исходов. В зависимости от этого по-разному страдают и функции печени, что находит отражение в результатах лабораторных и инструментальных методов исследования [1, 2, 4, 5].

Цель исследования: изучение показателей липидного обмена и функций печени во время беременности у пациенток с преэклампсией разной этнической принадлежности коренного населения республики Бурятия.

Задачи исследования:

1. исследовать различия показателей липидного обмена у женщин бурятской национальности с физиологичным течением беременности и у пациенток с преэклампсией.

2. сравнить изменения функции печени у пациенток бурятской и русской национальности с преэклампсией.

Материал и методы исследования: На основании проспективного исследования было изучено показатели липидного обмена у 185 беременных, находившихся в отделении патологии беременных Республиканского перинатального центра г. Улан-Удэ, которые были разделены на 3 группы. В 1-ю группу вошли 80 пациенток бурятской национальности, течение беременности которых осложнилось преэклампсией. Вторую группу составили 30 пациенток бурятской национальности с неосложненным течением беременности. Третья группа – 75 беременных русской национальности с преэклампсией. В исследование не включали пациенток с вирусными и аутоиммунными заболеваниями в анамнезе. Биохимические исследования проводили в I, II, III триместрах беременности.

Статистическую обработку результатов исследования осуществляли с помощью пакетов прикладных программ «Statistica 6.0».

Результаты исследования и обсуждение. Беременные достоверно не различались по возрасту: в первой группе - $28,4 \pm 7,3$, во второй группе - $25,9 \pm 5,8$, в третьей группе $28,4 \pm 5,7$ и паритету, отмечено преобладание первобеременных в группах женщин с преэклампсией. У беременных с преэклампсией в разных этнических группах выявлены достоверные отличия по весо-ростовым показателям: вес у беременных бурятской национальности $73,2 \pm 13,5$, у русской - $79,2 \pm 18,2$ ($p < 0,002$), рост в первой группе $160 \pm 3,5$, во второй $162 \pm 3,8$ ($p < 0,01$).

При сравнении результатов биохимического исследования среди женщин 1-й и 2-й групп достоверное различие уровня общего белка выявлены лишь в III триместре концентрации которого составили у женщин 1-ой группы $60,03 \pm 8,1$ г/л против $63,3 \pm 4,1$ г/л у пациенток 2-ой группы ($p < 0,05$), что вероятно связано с потерей белка с мочой, кроме того это говорит о снижении синтетической функции печени у пациенток бурятской национальности с преэклампсией. Уровень общего белка у женщин 1 и 3 групп в I триместре достоверно не различался. Во II триместре общий белок ниже у женщин русской национальности - $62,9 \pm 3,7$ г/л, у женщин бурятской национальности - $65,1 \pm 5,8$ г/л ($p < 0,05$). В III триместре у русских женщин наблюдается гипопротенемия - $56,7 \pm 16,5$ г/л, у буряток $60,03 \pm 8,1$ г/л, но это различие не достигло статистической значимости.

При исследовании уровня аланинаминотрансферазы у женщин 1-й и 2-й групп во время беременности достоверные различия выявлены во II триместре, уровень АЛТ выше во 2-й группе $22,8 \pm 11,8$ МЕ/л, в 1-й группе $18,5 \pm 8,2$ МЕ/л ($p < 0,05$). Различия маркеров цитолиза у женщин 1-й и 3-й групп довольно значимы в I триместре, уровень аланинаминотрансферазы составляет $17,9 \pm 7,03$ ЕД/л и $21,7 \pm 5,9$ ЕД/л соответственно ($p < 0,05$). Во II триместре ее уровень возрастает, и продолжает быть более высоким у женщин русской национальности $23,7 \pm 58,4$ ЕД/л, у буряток $18,4 \pm 8,2$ ЕД/л ($p < 0,05$). В III триместре концентрация АЛТ значительно выше у пациенток 1 группы - $31,03 \pm 44,5$, против $22,5 \pm 8,4$ ЕД/л, но достоверность этого различия не подтверждена.

Концентрация аспаратаминотрансферазы у пациенток 1-й группы в I триместре составила $17,6 \pm 6,05$ ЕД/л, у пациенток 2-й группы она достоверно выше и равна $22,5 \pm 11,3$ ЕД/л ($p < 0,05$). Во II и III триместрах различия значения АСТ статистически не значимы. При сравнении уровня АСТ в I триместре у пациенток 1-й и 3-й групп замечено, что ее концентрация выше у женщин русской национальности - $24,5 \pm 12,3$ МЕ/л, против $17,6 \pm 6,05$ МЕ/л ($p < 0,05$). Во II триместре уровень АСТ продолжает расти, и остается выше в 3-й группе $25,6 \pm 57,6$, в 1-й $21,9 \pm 8,9$ МЕ/л ($p < 0,05$). В III триместре отмечается более высокий уровень АСТ у женщин бурятской национальности - $34,5 \pm 27,6$, против $26,8 \pm 8,7$ МЕ/л ($p < 0,05$).

При изучении уровня щелочной установлено, что только в 1-й группе $123,6 \pm 27,2$, во 2-ой она составила $108,7 \pm 14,1$ МЕ/л. ($p < 0,05$). При сравнительном анализе концентрации щелочной фосфатазы у беременных 1-й и 3-й групп в I, II и III триместрах достоверных различий не выявлено.

Показатели липидного обмена в целом соответствуют изменениям значений печеночных маркеров. Концентрация холестерина, триглицеридов, ЛПНП и ЛПВП у беременных 1-й и 2-й групп в I и II триместрах достоверно не различимы. В III триместре отмечается достоверное повышение уровня холестерина, триглицеридов, ЛПНП и ЛПВП у беременных бурятской национальности с преэклампсией, по сравнению с беременными с неосложненным течением беременности (табл. № 1).

Таблица 1

	1 группа n=80	2 группа n=30	p
Холестерин	6.3 1.47	5.2 1.35	p 0,05
Триглицериды	3.4 1.24	2.3 1.01	p 0,05
ЛПНП	3.8 1.16	2.6 0.92	p 0,05
ЛПВП	1.4 0.37	1.1 0.44	p 0,05

При сравнении уровня холестерина, триглицеридов, ЛПНП у беременных 1-й и 3-й групп в I триместре отмечается достоверное повышение у женщин русской национальности (табл. № 2). Различия концентрации ЛПВП не имело статистической значимости.

Таблица 2

	1 группа n=80	3 группа n=30	p
Холестерин	4,6 0,87	5,3 1,2	p 0,05
Триглицериды	1,3 0,5	1,6 0,7	p 0,05
ЛПНП	2,5 0,7	3,1 0,91	p 0,05
ЛПВП	1,4 0,4	1,5 0,52	0,312018

Анализ липидного спектра во II триместре выявил достоверные повышения концентрации триглицеридов у пациенток 1-й группы 2,4 0,86, против 1,8 62,6 у пациенток 3-й группы. В уровне повышения холестерина, ЛПНП, ЛПВП у данных групп достоверных различий не выявлено. Исследование липидного спектра у женщин 1-й и 3-й групп в III триместре показывает, что значимых различий в уровне концентрации триглицеридов, ЛПНП, ЛПВП нет, достоверная разница отмечается лишь в уровне холестерина в 1-й группе 6,3 1,5, против 6,8 1,4 ммоль/л (p 0,05).

По результатам проведенного нами исследования были выявлены синдромы цитолиза, холестаза с неодинаковой степенью выраженности у пациенток разных этнических групп.

Выводы:

1. Нарушение синтетической функции печени, повышение уровня показателей липидного обмена более выражены у пациенток бурятской национальности с преэклампсией в III триместре в сравнении с пациентками той же национальности, но с неосложненным течением беременности.
2. Синдром цитолиза, обусловленный нарушением проницаемости мембран гепатоцитов и их органелл и приводящий к выделению составных частей клеток в межклеточное пространство и кровь, достоверно выше у женщин русской национальности в течение всего гестационного периода и имеет прогрессирующий характер.
3. Явления холестаза наиболее выражены у пациенток буряток с преэклампсией во II триместре в отличие от пациенток буряток с физиологичным течением беременности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Болотова Ц. Ц. Закономерности и механизмы перестройки систем пол - антиоксидантной защиты и гормональной регуляции при осложненном течении беременности у женщин Усть-Ордынского бурятского автономного округа: Автореф. Дис. ...канд.мед.наук: / Иркутский Государственный Медицинский Университет- Иркутск: 2005. - 26с.
2. Болотова Ц.Ц., Кравчук Н.В., Протопопова Н.В. Особенности течения беременности и родов у коренных жительниц Усть-Ордынского автономного бурятского округа // Материалы 5-го Российского научного форума «Охрана здоровья матери и ребенка», Москва, 20-23 мая 2003г. - 2006. - С. 233-234.
3. Жигулина Т. А., Кузнецов В. П., Кахраманова В. А., Торчинов А. М. Динамические изменения функции печени при физиологически протекающей беременности и гестозе// Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – Москва, 2006. – том 5, № 5 – 20-25
4. Жовтун Л.М. Основные факторы риска во время беременности у буряток// Материалы 8-го Российского научного форума «Мать и дитя», Москва, 12-15 октября 2006г. - М. - 2006. - С. 88-89.
5. Жовтун Л.М. Исходы родов у беременных среднего и высокого риска в зависимости от этнического происхождения // Материалы 8-го Российского научного форума «Мать и дитя», Москва, 12-15 октября 2006г. - М. - 2006. - С. 89.
6. Кантемирова З. Р. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода при холестерозе желчного пузыря: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2000.
7. Кахраманова В. А., Торчинов А. М., Шишло В. К. Гестоз: коррекция в послеродовом периоде// Лечащий врач. - Москва, 2006. - № 3. – 58-61
8. Кахраманова В. А., Торчинов А. М. Функциональные изменения печени у пациенток, перенесших гестоз// Акушерство и гинекология. – Москва, 2007. - № 6. – 17- 21
9. Кахраманова В. А., Торчинов А. М. Морфофункциональное состояние печени при гестозе// Акушерство и гинекология. – Москва, 2007. - № 1. – 3-5
10. Репина М. А. Гестоз как причина материнской смертности// Журнал акушерства и женских болезней. 2000. Т. XLIX. Вып. 1. С. 45–50.
11. Савельева Г. М., Шалина Р. И. // Рус. мед. журн. — 2000. — № 6. — С. 50—53.
12. Серов В. Н. Эклампсия. М.: МИА, 2002.
13. Сидорова И. С. Гестоз. — М., 2003.
14. Стрижакова А. Н., Давыдова А. И., Белоцерковцева Л. Д. Клинические лекции по акушерству и гинекологии. М.: Медицина, 2004.
15. Чернуха Е. А. Родовой блок. М.: Триада-Х, 2003.

УДК 617-089.16

Т 936

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОНСТРУКЦИЙ ИЗ СВЕРХЭЛАСТИЧНОГО МАТЕРИАЛА С ПАМЯТЬЮ ФОРМЫ

Тыхеренова А. В.

Бурятский государственный университет

Кафедра госпитальной хирургии

Бурятский республиканский онкологический диспансер

Научные руководители: д.м.н. Хитрихеев В. Е., к.м.н. Бальхаев М. И.

Хирургическое лечение очаговых поражений печени всегда представляло сложную для разрешения проблему. Недостаточно решенным вопросом резекции печени, в особенности обширной, является проблема адекватного гемостаза и холестаза. После резекции печени послеоперационные осложнения встречаются в среднем в 27-35% случаев, а летальность составляет 4-15% по данным разных авторов [Федоров В.Д. и др., 1998; Чикотеев С.П. и др., 1999г; Bieker E. et al; 2003г; Yasui K. Et al., 2005г.] Поиск новых эффективных и малотравматичных способов резекций печени остается актуальным и перспективным направлением современной хирургической гепатологии. В этой связи, актуальным является использование сверхэластичных материалов с памятью формы в хирургической гепатологии для улучшения результатов хирургического лечения при очаговых поражениях печени.

В Бурятском республиканском онкологическом диспансере в эксперименте разработан и внедрён в клиническую практику способ резекции печени при ее очаговых поражениях с использованием сверхэластичного материала с памятью формы. Получен патент на изобретение № 2286103 от 23 мая 2005г.

Цель исследования: Проанализировать ранние и отдаленные результаты лечения очаговых поражений печени, в том числе с применением конструкций из сверхэластичного материала с памятью формы, за 2001-2008 гг. по данным II-го хирургического отделения Бурятского республиканского онкологического диспансера.

Задачи исследования:

1. Исследовать результаты лечения очаговых поражений печени по данным Бурятского республиканского онкологического диспансера.
2. Проанализировать результаты хирургического лечения очаговых поражений печени с применением конструкций из сверхэластичного материала с памятью формы.
3. Сравнить результаты хирургического лечения очаговых поражений печени с использованием разработанных конструкций с памятью формы с данными литературы.

Материалы и методы исследования. Во II-м хирургическом отделении Бурятского республиканского онкологического диспансера в период времени с 2001 г. по 2008 г. проведено 56 операций на печени по поводу ее различных поражений, в том числе 30 из них по разработанной методике с использованием конструкций из сверхэластичного материала с памятью формы. Возраст оперированных больных колебался от 24 до 73 лет, средний возраст больных составил $51,3 \pm 3,4$ лет. Доля мужчин составила – 42,8% (24), женщин – 57,2% (27). При этом городские жители составили 28 (59,5%), районные – 19 (40,4%).

Результаты исследования: Резекция печени с использованием конструкций из сверхэластичного материала с памятью формы была выполнена по поводу доброкачественных новообразований, первичного рака печени, кист и метастазов опухолей другой локализации. Использование данного способа резекции печени приводит к уменьшению объема интраоперационной кровопотери (37,6%), в отличие от традиционных методов оперативных вмешательств [Хитрихеев В.Е., Ханхараев Н.Х. 2006].

Из 30 случаев резекций печени при очаговых поражениях с использованием конструкций с памятью формы осложнения различного характера в послеоперационном периоде развились в 5 случаях (16,6 %). Наиболее частым осложнением в раннем послеоперационном периоде является развитие реактивного плеврита, который встречается в среднем до 30% случаев. После резекции печени по предложенной методике развитие реактивного правостороннего плеврита наблюдалось в 3 случаях. В 1 случае наблюдалось обострение хронического гепатита. Летальный исход в раннем послеоперационном периоде (2-е сутки) наступил в 1 случае (3,3 %), в результате развития печеночной недостаточности, с последующей декомпенсацией функциональной деятельности других жизненно важных систем. Больной был оперирован по поводу гепатоцеллюлярного рака печени на фоне цирроза.

Данные о выживаемости больных после оперативного вмешательства с применением конструкций с памятью формы представлены в таблице № 1. При гемангиомах и кистах печени выживаемость в течение первого года составила 100% и сохранялась на протяжении 3-5 лет, что определялось доброкачественностью этих новообразований.

Таблица 1

Выживаемость больных после оперативного вмешательства с применением конструкций с памятью формы

Нозологические формы	Выживаемость, %		
	1 год	3 года	5 лет
Доброкачественные новообразования	100%	100%	100%
Первичный рак печени	66,6%	-	-
Кисты печени	100%	100%	100%
Метастазы в печень опухолей другой локализации	-	-	-

В остальных случаях (26) применялись операции, в зависимости от радикальности, объема и метода хирургического лечения неопластических процессов печени (кистэктомия, дренирование ложа кисты и т.д.). Объем оперативного вмешательства определялся характером и размером поражения печени. Данные о выживаемости в данном случае достаточно низкие, в связи со степенью злокачественности данных очаговых поражений (табл. № 2).

Таблица 2

Выживаемость пациентов прооперированных без использования конструкций с памятью формы

Нозологические формы	Выживаемость, %		
	1 год	3 года	5 лет
Доброкачественные новообразования	100 %	-	-
Первичный рак печени	0 %-	-	-
Кисты печени	100 %	-	100 %
Метастазы в печень опухолей другой локализации	-	-	-

При анализе литературных данных видно (табл. № 3), что показатели выживаемости колеблются в довольно широких пределах. Это не удивительно, ибо у разных авторов разные подходы к выбору показаний для оперативного лечения, разный отбор больных, различные подходы и методики операции и ряд других объективных и субъективных факторов, что не может не отразиться на отдаленных результатах. Но если взять средний показатель однолетней выживаемости, то он будет близок к 70%. По результатам нашего исследования выживаемость пациентов прооперированных по поводу первичного рака печени с использованием конструкций с памятью формы составляет 66,6%, следовательно, полученные нами результаты в целом соответствуют литературным, а применение конструкций из сверхэластичного материала с памятью формы влияния на отдаленные результаты не оказывает.

Выживаемость пациентов прооперированных по поводу первичного рака печени

Автор	Год публикации	Число больных	Выживаемость, % 1 - год
Bismuth	1995	68	74
Lai	1995	343	60
Vauthey	1995	106	-
Kawasaki	1995	112	92
Fuster	1996	48	-
Takenaka	1996	280	88
Nadig	1997	71	-
Fong	1999	154	80
LCSG* (Япония)	1994	5800	75
Khuuaprema	1999	67	63,2
Ercolani	2003	224	83
Вишневский В.А.	1999	46	95,4
Гальперин Э.И.	2002	40	-

Выводы:

1. Из 56 пациентов с очаговыми поражениями печени радикальные операции были выполнены в 30 случаях, в связи с характером и размером поражения печеночной паренхимы.
2. Разработанный способ резекции печени с применением конструкций из сверхэластичного материала с памятью формы способствует уменьшению интраоперационных осложнений и улучшает непосредственные результаты оперативного лечения. На отдаленные результаты использование данного метода влияния не оказывает.
3. Предлагаемый способ резекции печени может широко применяться в общехирургических учреждениях, так как является технически простым, доступным и не требует больших материальных затрат.
4. Полученные нами данные о выживаемости больных при хирургическом лечении очаговых поражений печени не рознятся с данными литературы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Альперович Б.И. Хирургия печени. Избранные главы. / Б.И. Альперович. - Томск: Изд-во Томского госуниверситета, 1983. - 350 с.
2. Булынин В.И. Резекция печени: Применение новых технологий / В.И. Булынин, А.А. Глухов. - Воронеж: Издательство Воронежского университета, 1995. - 108 с.
3. Вишневский В.А. Операции на печени. Руководство для хирургов / В.А. Вишневский, В.А. Кубышкин, А.В. Чжао и др. - М.: Миклош, 2003. - 156 с.
4. Вишневский В.А. Современные принципы техники оперативных вмешательств на печени / В.А. Вишневский, А.В. Чжао А.В., Назаренко Н.А. и др. // *Анналы хирургической гепатологии*. - 1996. - Т. 1. - С.15-23.
5. Готье С.В. Радикальные резекции при обширных очаговых поражениях печени / С.В. Готье С.В. и др. // *Вестник Российской Академии Медицинских наук*. - 1997. - С.8-13.
6. Журавлев В.А. Гемостаз при больших и предельно больших резекциях печени / В.А. Журавлев, В.М. Русинов // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2005. - т.10, №3. - С.129-136.
7. Патютко Ю.И. Хирургическое лечение злокачественных опухолей / Ю.И. Патютко. - М.: Практическая медицина, 2005. - 312 с.
8. Федоров В.Д. Современные принципы хирургии очаговых поражений печени / В.Д. Федоров, В.А. Вишневский // *Хирургия*. - 1990. - №1. - С.3-10.
9. Чикотеев С.П. Хирургия гемангиом печени / С.П. Чикотеев, С.А. Усов. - Новосибирск. - 1999. - 152 с.
10. Yasui K. Surgical treatment for metastatic malignancies. Anatomical resection of liver metastasis: indications and outcomes / Yasui K, Shimizu Y. // *Int J Clin Oncol*. - 2005. - Apr;10(2). - P.86-96
11. Biecker E. Benign hepatic tumours / Biecker E, Fischer HP, Strunk H, // *Z Gastroenterol*. - 2003.- Feb;41(2). - P.191-200.

УДК 616.39-053.6/053.8+611.018.2-007.17

ОСОБЕННОСТИ ТРОФОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ЛИЦ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В РАЗЛИЧНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ**Тюлегенова С. Х.***Омская государственная медицинская академия
Кафедра внутренних болезней и семейной медицины***Научный руководитель: к.м.н., доц. Лялюкова Е. А.**

По данным исследований последних лет не более 30% населения России имеет идеальную массу тела [1]. Большая часть населения имеет значительные отклонения от нормы, однако значительное число исследований посвящено изучению избыточной массы тела. Следует подчеркнуть, что трофологическая недостаточность также является отягощающим фактором в различные возрастные периоды жизни человека, причиной развития иммунодепрессивных состояний, снижения физической активности, когнитивных функций и качества жизни [1].

К сожалению, в Российской Федерации крупномасштабные эпидемиологические исследования по распространенности гипотрофии и кахексии в популяции и клинической практике не проводились. Существующие диагностические подходы нередко ограничиваются определением индекса массы тела. В руководствах приводятся различные таблицы с существенно отличающимися показателями [1]. Наиболее полное понимание современного состояния проблемы трофологической недостаточности требует изучения ее распространенности в различных возрастных группах и клинической практике, совершенствования диагностических и лечебных подходов.

Цель исследования: изучить особенности трофологического статуса у пациентов с признаками дисплазии соединительной ткани.

Задачи исследования

1. Оценить показатели индекса массы тела у лиц с признаками дисплазии соединительной ткани в различные возрастные периоды.
2. Оценить показатели белкового обмена у лиц с дисплазией соединительной ткани в различные возрастные периоды.
3. Оценить показатели жирового обмена при дисплазии соединительной ткани в различные возрастные периоды.
4. Представить комплексную оценку питательного гомеостаза у лиц с дисплазией соединительной ткани в различные возрастные периоды.

Материалы и методы. В исследование включено 45 пациентов с внешними признаками дисплазии соединительной ткани (группа I). Пациенты разделены на группы в соответствии с возрастом (группа IA – возраст 16-17 лет, группа IB – возраст 18-29 лет, группа IB – возраст от 30 до 45 лет). Группа контроля (группа II) представлена сопоставимыми по полу, возрасту лицами, не имеющими признаков дисплазии соединительной ткани. Оценка трофологического статуса включала: определение индекса массы тела (ИМТ): $\text{ИМТ} = \text{МТ} (\text{кг}) / \text{Р}^2 (\text{м}^2)$. Представление о запасах жира в организме получали путем измерения кожно-жировой складки над трицепсом (КЖСТ). Оценка соматического пула белка проводилась с помощью определения окружности мышц плеча (ОМП). Сначала определяли сантиметровой лентой на уровне средней трети плеча левой (нерабочей) согнутой руки окружность плеча (ОП). Затем рассчитывали окружность мышц плеча по формуле: $\text{ОМП} (\text{см}) = \text{ОП} (\text{см}) - 0,314 \times \text{КЖСТ} (\text{мм})$. В исследование не включались пациенты с признаками обострения хронических заболеваний, которые могут сопровождаться нарушениями питательного гомеостаза. Обработка результатов проводилась с использованием стандартных компьютерных программ «Статистика».

Полученные результаты и обсуждение. У пациентов с дисплазией соединительной ткани по сравнению с группой контроля выявлены статистически значимые различия во всех показателях ($p < 0,05$).

Таблица 1

Показатели трофологического статуса у пациентов с дисплазией соединительной ткани по сравнению с контролем

Показатели трофологического статуса	Группы сравнения	Возраст, лет		
		до 18 (нд=25, нк=15)	18-29(нд=13, нк=18)	30-45(нд=7, нк=17)
ИМТ, кг/м ²	Дисплазия (муж)		18,2+1,23	20,92+2,32
	Контроль (муж)		22,0+1,07	24,05+1,025
	Дисплазия (жен)		16,82+0,31	22,4+1,27
	Контроль (жен)		21,2+1,05	27,13+0,84
ОМП, см	Дисплазия (муж)	21,47+1,44	20,75+3,09	23,23+1,13
	Контроль (муж)	25,26+0,98	24,56+1,25	26,2+2,5
	Дисплазия (жен)	19,72+2,31	18,37+0,99	18,3+2,16
	Контроль (жен)	21,6+0,89	22,01+1,14	22,93+3,51
КЖСТ, мм	Дисплазия (муж)	6,64+2,42	5,6+1,58	6,67+2,08
	Контроль (муж)	10,6+0,69	9,53+1,36	8,28+2,63
	Дисплазия (жен)	9,18+2,09	9,67+6,11	11,5+1,29
	Контроль (жен)	11,3+1,31	13,01+1,35	17,8+5,81

В последние годы, согласно рекомендациям экспертов по питанию ФАО/ВОЗ, в качестве высокоинформативного и простого показателя для оценки питания человека является индекс массы тела (ИМТ) или индекс Кетле.

Таблица 2

Клинико- лабораторные критерии диагностики недостаточности питания

Показатель	Пол	Нормы	Степень белково-энергетической недостаточности		
			легкая	средней тяжести	тяжелая
Индекс массы тела (кг/м ²)		26.0-19.0	18.9-17.5	17.4-15.5	< 15.5
Кожно-жировая складка над трицепсом (мм)	мужчины	10.5-9.5	9.5-8.4	8.4-7.4	< 7.4
	женщины	14.5-13.0	13.0-11.6	11.6-10.1	< 10.1
Окружность мышц плеча(см)	мужчины	25.7-23.0	23.0-20.4	20.4-18.0	< 18.0
	женщины	23.4-21.0	21-18.8	18.8-16.4	< 16.4
Альбумин (г/л)		35-45	35-30	30-25	< 25
Абсолютное число лимфоцитов		1800	1800-1500	1500-900	< 900

ИМТ у мужчин IB группы с дисплазией соединительной ткани соответствовал гипотрофии I степени, у женщин – II степени. В группе IB ИМТ находится в пределах нормы. У мужчин с дисплазией соединительной ткани IA и IB групп обнаружен дефицит белка I степени, у женщин IB группы - II степени, в группе IB у мужчин отмечена нормализация белкового статуса, у женщин - сохранялся дефицит белка II степени. Также у мужчин с дисплазией соединительной ткани во всех возрастных группах (IA, IB, IB) отмечается выраженный дефицит жировой массы - III степени, у женщин - в группах IA, IB - дефицит жировой массы соответствовал I степени, в группе IB - показатели находились в пределах нормы.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о наличии у лиц с дисплазией соединительной ткани нарушений питательного гомеостаза, проявляющегося снижением ИМТ, дефицитом белковой и жировой массы по сравнению с лицами без признаков дисплазии соединительной ткани.

Несмотря на распространенность и выраженность у пациентов с дисплазией соединительной ткани, трофологическая недостаточность остается малоизученным синдромом. Трофологическую недостаточность можно рассматривать как результат врожденных изменений в соединительной ткани, которые сопровождаются выраженными метаболическими

нарушениями [10]. При дисплазии соединительной ткани нарушения энергообмена сопровождаются активацией анаэробного гликолиза и депрессией аэробного пути окисления [7]. Причиной метаболических расстройств могут быть нарушения клеточного звена иммунитета [10]. Определенное значение в развитии гиперкатаболического синдрома при ДСТ может иметь активация симпатико-адреналовой системы [3].

Подводя итоги, можно сказать, что трофологическая недостаточность является распространенным синдромом у пациентов с дисплазией соединительной ткани. Однако сегодня не существует научно обоснованной теории, объясняющей ее развитие у данной категории пациентов, как и не существует эффективных методов коррекции. С современных позиций патогенез трофологической недостаточности при дисплазии соединительной ткани должен рассматриваться с учетом последних научных представлений в области иммунологии и молекулярной медицины и требует дальнейшего изучения.

Выводы

1. У пациентов с дисплазией соединительной ткани имеются нарушения питательного гомеостаза, проявляющиеся снижением ИМТ, дефицитом белковой и жировой массы по сравнению с лицами без признаков дисплазии соединительной ткани.

2. Изучение особенностей трофологического статуса у лиц с дисплазией соединительной ткани в различные возрастные периоды выявило некоторые возрастные особенности: у мужчин в возрасте до 30 лет снижение ИМТ происходит преимущественно за счет дефицита жировой массы, у женщин - за счет дефицита мышечной (белковой) массы; после 30 лет происходит нормализация ИМТ как у мужчин, так и у женщин, у женщин – за счет увеличения жировой массы, у мужчин - мышечной массы тела.

3. Диагностика нарушений питательного гомеостаза должна быть комплексной, и помимо определения ИМТ, должна включать определение показателей белкового и жирового обмена.

4. Нарушения питательного гомеостаза у пациентов с дисплазией соединительной ткани требуют от врача комплексного диагностического подхода и с учетом выявленных нарушений своевременной медикаментозной и немедикаментозной коррекции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арутюнов Г.П. Кахексия у больных с хронической сердечной недостаточностью. Каков масштаб проблемы? Что мы знаем и что нам делать? [Текст] / Г.П. Арутюнов // Сердечная недостаточность. – 2001. – Том 2. - № 3. - С. 101-104.
2. Гладких Н.Н. Дисрегуляция сердечно-сосудистой системы и возможности ее ранней диагностики при синдроме дисплазии соединительной ткани: автореф. дис. ... канд. мед. наук [Текст] / Н.Н. Гладких. – Ставрополь, 2003. – С. 21.
3. Друк И.В. Астенический синдром при дисплазии соединительной ткани [Текст] / И.В. Друк, Г.И. Нечаева // Омский научный вестник. Приложение. – 2005. - № 5. – С. 30-31.
4. Лебеденко Т.Н. Клинико-морфологическая характеристика хеликобактер-ассоциированного гастрита у больных с дисплазией соединительной ткани: автореф. дис. ... канд. мед. наук [Текст] / Т.Н. Лебеденко. – Омск, 1999. – С. 22.
5. Лейдерман И.Н. Нутритивная поддержка в хирургической клинике: Стандартные алгоритмы и протоколы: Руководство для врачей [Текст] / И.Н. Лейдерман, А.И. Салтанов, А.В. Снеговой. – Москва, 2006. – С. 29.
6. Методика оценки пищевого статуса больных с белково-энергетической недостаточностью. – Учебно-методическое пособие [Текст] / И.В. Маев, А.Б. Петухов, А.Н. Мартинчик и др. – М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1999. – С. 38.
7. Мироненко М.М. Диагностика и метаболическая коррекция митохондриальной недостаточности при кардиальных формах дисплазии соединительной ткани у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук [Текст] / М.М. Мироненко. – Тюмень, 2006. – С. 23.
8. Соловьева Л.В. Клинико-функциональная оценка сердечно-сосудистой системы у подростков с внешними фенотипическими признаками соединительнотканной дисплазии: автореф. дис. ... канд. мед. наук [Текст] / Л.В. Соловьева. – Санкт-Петербург, 1999. – С. 23.
9. Фомин И.В. Кахексия как фактор формирования сердечно-сосудистых осложнений [Текст] / И.В. Фомин, В.Ю. Мареев, Е.В. Щербинина, Т.С. Шустова // Сердечная недостаточность. – 2001. – Том 2. - № 3. - С. 113-115.
10. Яковлев В.М. Иммунопатологические синдромы при наследственной дисплазии соединительной ткани [Текст] / В.М. Яковлев, А.В. Глотов, А.В. Ягода. – Ставрополь, 2005. – С. 232.

УДК 616.131-005.6/.7

ПРЕДИКТОРЫ ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ, ПОСТУПАЮЩИХ В СТАЦИОНАР С ТЭЛА

Уланова Т. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра внутренних болезней № 2 с курсом ПО*

Научные руководители: к.м.н., доц. Штегман О. А., к.м.н., доц. Головёнкин С. Е., д.м.н., проф. Россиев Д. А

Тромбоэмболия легочных артерий (ТЭЛА) – одно из самых катастрофических и драматически протекающих острых сосудистых заболеваний. При обычных патологоанатомических вскрытиях ее выявляют в 4 – 33% случаев, в старшей возрастной группе – более чем на 60% аутопсий. При этом даже массивная легочная эмболия прижизненно не диагностируется у 40 – 70% больных [1]. При тромбозе подвздошно-бедренного сегмента риск ТЭЛА составляет 40 – 50%, при тромбозе вен голени – 1 – 5% [2].

Целью исследования явилось установление предикторов развития летального исхода у больных, поступающих в стационар с ТЭЛА.

Задачи исследования:

1. Сравнить клинические проявления у выживших и умерших больных с ТЭЛА.
2. Сопоставить встречаемость факторов риска ТЭЛА у выживших и умерших больных ТЭЛА.
3. Оценить функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы у выживших и умерших больных ТЭЛА.

Материал и методы: Было исследовано ретроспективно 230 историй болезни 211 выживших больных ТЭЛА и 19 умерших больных ТЭЛА за 2004-2008 годы отделения инвазивной кардиологии и за 2007- 2008гг. отделения кардиологии №2 ККБ. Больным были проведены эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ) с изучением размеров правого желудочка (ПЖ), систолического и диастолического размеров левого желудочка (КСР, КДР), величины систолического давления в лёгочной артерии (СДЛА), а также электрокардиография (ЭКГ). Были изучены данные клинического осмотра больных, оценены встречаемость факторов риска тромбоэмболии и длительность стационарного лечения.

Статистическая обработка проводилась с помощью программы Statistica 7.0. Значимость отличий между группами определялась по методу Mann-Whitney. Корреляционный анализ проводился по методу Spearman, критерием значимости корреляции было значение $p < 0,05$.

Полученные результаты. Исследуемых больных разделили на 2 группы: 1-я группа включила выживших больных, 2-я группа – умерших больных. Средний возраст больных первой группы составил 70 лет, больных ТЭЛА второй группы – 58 лет. Больные 1-й группы провели в среднем 20 дней в ККБ, а больные 2-й группы – 9 дней.

Проведено изучение частоты выявления различных факторов риска ТЭЛА среди больных обеих групп (см. Табл.1).

Таблица 1

Факторы риска умерших и выживших больных ТЭЛА

Факторы риска	Выжившие (n-211)	Умершие (n-19)	P
Возраст старше 40 лет	84,2 %	100%	0,05
Ожирение	22,7 %	11%	Н.д
Курение	24,2%	5%	Н.д
Артериальная гипертония	75,8%	84%	Н.д
Хроническая сердечная недостаточность	50,7%	63%	Н.д
Состояние после инсульта	2,9%	0	Н.д
Наличие катетера в центральной вене	0	0	Н.д
Беременность	0	0	Н.д
Послеродовый период	0	0	Н.д
Злокачественное новообразование +химиотерапия	8,2%	0	Н.д
Травматические повреждения	20,8%	5%	Н.д
Оперативное вмешательство	27,5 %	5 %	0,034
Вынужденное пребывание в постели более 3 дней в теч. последних 4 недель	2,4%	0	Н.д
Предшествующая венозная тромбоэмболия	1,4%	5%	Н.д
Положительный семейный анамнез тромбозов	6,3%	0	Н.д
Приём оральных контрацептивов	6,3 %	0	Н.д
Гемобластозы	96,2%	0	Н.д

Смерть больных ТЭЛА была ассоциирована с таким фактором риска тромбоэмболии, как возраст старше 40 лет. В то время как предшествующее оперативное вмешательство была ассоциирована с выживанием после ТЭЛА, что, вероятно, связано с настороженностью врачей, а, следовательно, с ранней диагностикой и проведением, профилактических мероприятий.

Проведено изучение частоты выявления различных жалоб среди больных ТЭЛА обеих групп (см. Табл.2).

Таблица 2

Жалобы больных ТЭЛА в зависимости от исхода заболевания

Жалобы	Выжившие больные	Умершие больные	P
Одышка	99,5 %	89 %	Н.д
Боль в груди	36,2%	32%	Н.д
Цианоз	2,9%	5%	Н.д
Потеря сознания	10,6%	16%	Н.д
Тахикардия	4,8%	10%	Н.д
Снижение АД	5,3%	5%	Н.д
Кровохарканье	12,1%	16%	Н.д

Достоверных отличий в частоте различных жалоб у больных ТЭЛА 1-й и 2-й групп не было выявлено.

Проведено изучение функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы у выживших и умерших больных ТЭЛА (см. Табл. 3).

Таблица 3

Лабораторно-функциональная характеристика больных ТЭЛА в зависимости от исхода заболевания

Функциональные значения	Выжившие больные	Умершие больные	P
Тромбоциты	236	137	0,016
РФМК	19,5	19,1	н.д.
Фибриноген	3,2	4,1	н.д.
АДд, мм рт. ст.	79,8	73	0,04
ЧДД, в мин	22	30	0,001
СДЛА, мм рт. ст.	44	49	н.д.
КСР, см	3,35	4,22	0,024
КДР, см	5,08	5,7	н.д.
Тромболизис	89%	63%	0,0014
Установка кава-фильтра	68,1%	10%	0,000001

Установлено, что количество тромбоцитов у больных с летальным исходом было значимо меньшим. У этих больных было ниже диастолическое АД при поступлении и наблюдалась более выраженная одышка, а также больший систолический размер левого желудочка. При этом тромболизис и установка кава-фильтра чаще проводились у выживших больных ТЭЛА.

При проведении корреляционного анализа установлено, что наиболее значимыми предикторами смертельного исхода больных ТЭЛА были высокая частота дыхательных движений, сниженный уровень тромбоцитов и отсутствие кава-фильтра.

Выводы:

1. Среди факторов риска ТЭЛА в группе умерших в сравнении с группой выживших больных ТЭЛА достоверно чаще встречается возраст старше 40 лет. Перенесение оперативного вмешательства перед возникновением ТЭЛА ассоциировано с выживанием больных.
2. Частота различных жалоб, предъявляемых больными ТЭЛА, не имеет существенного отличия при разных исходах заболевания.
3. Наиболее значимыми предикторами смертельного исхода больных, госпитализируемых с ТЭЛА, является высокая частота дыхательных движений ($p=0,35$), сниженный уровень тромбоцитов ($p=0,37$) и отсутствие кава-фильтра ($p=0,33$).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Матюшенко А.А., Леонтьев С.Г., Познякова Н.Н. Тромбозмобилиа легочных артерий как общемедицинская проблема. РМЖ, 1999. - Т. 7. - № 13.
2. Rich S. Тромбозмобилиа легочной артерии // В кн.: Кардиология в таблицах и схемах. Под. ред. М. Фрида и С.Грайнс. М.: Практика, 1996. – С. 538 – 548.

УДК 616.24:616.379 – 008.64:616

ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА САХАРНОГО ДИАБЕТА (СД) II ТИПА

Умурова Н. М., Жалилова Ж. Ж., Бафаев Ж. Т.

*Бухарский государственный медицинский институт им. Авиценна
Кафедра факультетской и госпитальной терапии с курсом эндокринологии
Научный руководитель: к.м.н., доц. Болтаев К. Ж.*

Сахарный диабет - первая проблема, которой занимаются эндокринологи всего мира. В связи с продолжающимся ростом количества больных, он является неинфекционной эпидемией нашего времени. Проблемой современной диабетологии являются больные со II типом диабета, так как процентное соотношение их достигает 95% от всех больных [1]. Известно, что после 50 лет за каждые последующие 10 лет содержание сахара в крови возрастает, при этом превалирует повышение сахара в крови после еды. Это обусловлено тем, что в пожилом возрасте может снизиться как секреция инсулина, так и, в ряде случаев, развиться интолерантность периферических тканей к инсулину. Состояние инсулинорезистентности усугубляется рядом других причин - снижением физической активности, уменьшением мышечной массы, избыточным весом, что способствует развитию сахарного диабета 2 типа [6].

Распространенность сахарного диабета в мире очень высока и только в Канаде насчитывается свыше двух миллионов больных, из которых 250 тысяч проживает в Британской Колумбии. Считается, что на каждого выявленного больного приходится ещё один, который пока еще не знает о своём заболевании. Многочисленные исследования показали, что один из видов заболевания (диабет 2 типа), часто развивается у лиц старше 40 лет и задолго (за 10-15 лет) до момента появления у больного типичных диабетических жалоб - повышенной жажды и мочеизнурения, зуда и др., т.е. заболевание вначале протекает бессимптомно. Однако его прогрессирование отличается особым коварством и непредсказуемыми последствиями, связанными, как правило, с осложнениями [4].

Почему такое тщательное внимание уделяется сегодня ранней диагностике и повышению эффективности лечения сахарного диабета? Это обусловлено тем, что на момент установления диагноза более 50% пациентов с впервые выявленным сахарным диабетом имеют грозные сосудистые осложнения. Согласно эпидемиологическим исследованиям, при впервые выявленном сахарном диабете 2 типа регистрируются:

- Ишемическая болезнь сердца - у 30% пациентов
- Поражения сосудов нижних конечностей - у 30% пациентов
- Ретинопатия (поражение сосудов глаз) - более чем у 15% пациентов
- Нейропатия (поражение периферической нервной системы) - у 15% пациентов
- Нарушения функций почек имеют от 5 до 30% пациентов [3].

Во многом это связано с поздним выявлением сахарного диабета, что объясняется «неяркой» клинической картиной в начале заболевания. Например, при отсутствии таких характерных симптомов сахарного диабета, как жажда, мочеизнурение, человека может беспокоить слабость, отмечается немотивированная усталость, часто имеются жалобы на зуд кожи, изменение веса. Но если бы в каждой семье имелись маленькие домашние медицинские помощники - аппараты для измерения уровня сахара, для измерения АД, веса, то в домашних условиях можно было бы провести первичный контроль.

Цель исследования: выявление людей с факторами риска сахарного диабета (СД) 2 типа путем опросника.

Материалы и методы исследования. На основании вопросника предложенной Американской Диабетической Ассоциацией для выявления риска развития сахарного диабета разработан нами вопросник, состоящий из 20 вопросов, который включал вопросы о факторах риска и симптомах сахарного диабета. Помимо интервью, проводилось измерение АД, роста, массы тела, окружности талии и бедер, уровень глюкозы по стандартным методикам.

Результаты и обсуждение. В исследуемой группе лица от 40 лет и старше составили 1120 человек (женщин - 655 и мужчин 465), то есть – 26,8 % от общей популяции. Все обследованные были распределены по возрасту и полу. Из них 56 % женщины и 44 % мужчины. Количество людей с факторами риска возникновения СД 2 типа составило 27 %, а без факторов риска 73 %. Распределение людей с факторами риска по половому признаку – 68 % женщины и 32 % мужчины.

По частоте встречаемости основных признаков (усталость, артериальная гипертензия, СД в анамнезе, ожирение ИМТ>25) среди лиц, включенных в группу с факторами риска отмечалось: усталость у 88 %, артериальная гипертензия у 65 %, сахарный диабет в анамнезе у 17 %, ожирение (ИМТ>25) у 9 %. Количество больных сахарным диабетом 2 - типа по повышению уровня сахара в крови в группе лиц с факторами риска составило 11 %, без повышения уровня сахара в крови 89%. Женщин с СД 2 типа (68%) оказалось больше. В группе больных СД 2 типа частота встречаемости основных симптомов на первом месте оказалось артериальная гипертензия (64%), на втором ожирение (33%), а сахарный диабет в анамнезе у 31%. По показателям уровня глюкозы у 74 % оказалось норма, 6-6,9 ммоль/л у 9 %, 7-7,9 ммоль/л у 8 %, 8-8,9 ммоль/л у 4 %, 9 ммоль/л и выше у 5 %.

Выводы.

1. Для раннего выявления СД 2 типа в условиях первичного звена необходимо использование простого и экономически выгодного метода диагностики - вопросник.
2. Скрининг населения по выявлению факторов риска СД проводить ежегодно, учитывая его скрытое течение и выявление при возникновении осложнений.
3. У всех лиц старше 40 лет обратившихся в поликлинику № 4 рутинно, желательно определять сахар крови.
4. При выявлении фактора риска СД 2 типа выделять их в отдельную группу диспансерного учета, как группу лиц с фактором риска СД и проводить ежегодно обследование.
5. Всем больным с АГ, ожирением и ИБС необходимо рутинное определение уровня сахара в крови 1-2 раза в год.
6. Во время консультации любого больного старше 40 лет особенно обращать внимание на наличие симптомов СД: жажда, полиурия, утомляемость, изменения веса, частые гнойничковые заболевания кожи и десен.

Рекомендации.

- Всем врачам общей практики использовать вопросник для раннего выявления СД у лиц старше 40 лет.
- Проводить скрининг населения старше 40 лет (осмотр, уровень глюкозы в крови натощак) для выявления скрыто протекающего СД 2 типа.
- Выявлять фактор риска и проводить ежегодное обследование этих лиц на СД.
- Среди лиц с фактором риска особенно обращать внимание на такие факторы как ожирение, АГ, ИБС и наследственный анамнез. Эту группу больных необходимо обследовать два раза в год.
- Вновь выявленные больные СД должны быть обязательно поставлены на «Д» учёт с контролем уровня сахара.

ВОПРОСНИК ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РИСКА САХАРНОГО ДИАБЕТА В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

1. Ваш пол: жен, муж.
2. Профессия.
3. У вас есть вредные привычки (алкоголь, курение)?
4. Вы женщина, родившая ребенка весом более 4,5 кг?
5. Ваши сестра/брат больны сахарным диабетом 2 типа?
6. Один из ваших родителей болен сахарным диабетом 2 типа?
7. Ваш вес превышает нормальный (ИМТ повышен) - 19-25 норма
8. Вы ведёте малоподвижный образ жизни?
9. Ваш возраст находится в интервале между 40 и 65 годами
10. Один из ваших родителей болен артериальной гипертензией (повышенным давлением)?
11. Вы отмечаете у себя следующие признаки: усталость, головные боли, сухость во рту, жажду, медленное заживление ран?
12. Любите ли Вы соленые, острые и копченые?
13. Занимаетесь ли Вы физическими упражнениями?
14. В детстве кормление ваше было грудное или искусственное?
15. Вы питаетесь рационально?
16. Со стороны сердца у вас нет ли жалоб?
17. Сколько раз в год обращаетесь врачу ?
18. Любите ли Вы сладкие (сахар, варенье, мед и т.д)?
19. Часто ли подвергаетесь различным инфекциям?
20. Получаете или получали гормональные препараты?

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дедов И. И., Шестакова М. В. "Сахарный диабет". Руководство для врачей //М., 2003, с. 364.
2. Макацария А.Д, Бицадзе В.О. Тромбофилические состояния в акушерской практике. // Russo, 2001.
3. Ранняя диагностика сахарного диабета - это профилактика диабетических осложнений. Е.В. Доскина, Е.А.Олуд. / Диабет. Образ жизни. №1.2004.
4. The sixth report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure - Arch. Intern. Med 1997;157 (11):2413-46.
5. Houston MC. The effects of antihypertensive drugs on glucose intolerance in hypertensive nondiabetic and diabetics -Amer Heart J 1988;115(3):640-56.
6. Diabetes mellitus Reference Guide, American Board of Family Practice, 2002.

МУЗЫКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ**Ускова Н. М.***Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра сестринского дела***Научный руководитель: к.м.н., асс. Гришкевич Н. Ю.**

Шум дождя, грохот горных потоков, непрерывное движение океанов и морей, текущий ручей, звук сияющей молнии - везде мы слышим чудесные звуки. Музыка слышится в дыхании ветра, шелесте листьев, щебетании птиц... Музыка может вызывать целую гамму чувств, и только самые радостные и вдохновенные, умиротворенные и спокойные наиболее полезны малышу. Важно в этом случае, чтобы подобные настроения испытывала и мать. Она формирует личность своего малыша из своих мыслей и чувств, каждодневных и ежеминутных реакций на свое окружение. Кроме этого, малыш в утробе постигает начала взаимоотношения с миром, в котором ему предстоит жить. Именно музыка является важнейшим и вспомогательным звеном, соединяющим два мира в одно целое – мать и дитя. Звуки сердечных сокращений матери успокаивают ребенка и убаюкивают его.

Актуальность исследования: Установлено, что более 60% всех заболеваний центральной и периферической нервной системы у детей происходит из перинатального периода. Несвоевременная и неадекватная терапия таких детей может привести к отклонениям в физическом и психомоторном развитии.

Основу сестринского корректирующего реабилитационного процесса составляют разные методики массажа и лечебной физкультуры (ЛФК). В литературе мало информации о применении музыкальной терапии с целью реабилитации детей с перинатальным поражением ЦНС, поэтому изучение влияния музыки на нервную систему ребенка является чрезвычайно актуальным

Цель моей работы: определение положительного влияния музыкальной терапии на улучшение состояния новорожденных.

Объект исследования: новорожденные неврологического отделения ГДБ № 1

Предмет исследования: новорожденные неврологического отделения ГДБ № 1

Гипотезой моего исследования является предположение о том, что при проведении сеансов музыкотерапии общее состояние новорожденных детей нормализуется, музыка способствует улучшению соматических и функциональных показателей у новорожденных, музыкотерапия значительно улучшает, оживляет и восстанавливает рефлексы врожденного автоматизма, способствует улучшению сна.

В соответствии с целью, объектом, предметом и гипотезой исследования мною были выделены следующие задачи:

- 1) провести анкетирование среди мам и выявить их знания о положительном эффекте музыкотерапии, получить согласие на проведение исследования
- 2) провести исследование по выявлению положительного влияния музыкальной терапии на спокойный сон новорожденного
- 3) Провести исследование по выявлению положительного влияния музыки на рефлексы врожденного автоматизма.
- 4) разработать практические рекомендации для мам, о правильном применении музыкальной терапии и записать диск для использования в домашних условиях после выписки из стационара

Базой экспериментального исследования является неврологическое отделение №1 ГКБ № 1. Выборка моего исследования составляет 19 новорожденных.

1. Была составлена анкета, состоящая из 6 вопросов. Проанкетировано было 30 мамочек

1. Любите вы слушать музыку?	А) да 30 ч 100%		Б) нет 0 0 %			
2. Если да то какую?	А) классика 6ч 20%	Б) шансон 1ч 3,3%	В)зарубежная 10ч 33,3%	Г) попса 5ч 16,6%	Д)различная 8ч 26,7%	
3. Слушали вы музыку во время беременности? Если да то какую?	А) классика 8ч 26,7%	Б) реп 0ч 0%	В)зарубежная 10ч 33,4%	Г) попса 7ч 23,4%	Д)различная 5ч 16,7%	
4.Что вы испытывали при прослушивании музыки?	А)душевное успокоение 15 50%	Б)шевеление плода 10 33,3%	В)дискомфорт в обл.живота 4 13,3%	Г)умиротворе- ние ихор.на- строение 26 86,7%	Д) ничего 2ч 6,6%	
5.Знаете ли вы что музыкальная терапия оказывает положительное влияние на развитие малыша и на нормализацию здорового сна? 6.Если да то откуда вам это известно?				А) Да 14 46,7% Литератур- ные источники: книги, журнал		Б)Нет 16 53,3% консультация гинеколога

Вывод: Из данной таблицы видно:1)Все опрошенные любят слушать музыку. Из них 20% предпочитают слушать классику и 33,3% зарубежную музыку.2)Во время беременности большинство мамочек также прослушивали классическую музыку-26,7% и зарубежную-33,4%.3)Во время прослушивания музыки-50% и испытывали душевное успокоение, а 86,7-хорошее настроение, душевное умиротворение,33,3% чувствовали шевеление плода, а 6,6% ничего не испытывали.4)53,3 % мамочек не знают о том, что музыкальная терапия оказывает положительное влияние на развитие малыша.

2. Исследование сна новорожденных

Для исследования были взяты новорожденные с 1 поста и 3 поста с диагнозом «церебральная ишемия». На 1 посту - 11 новорожденных (контрольная группа), на 3 посту - 10 новорожденных (опытная группа). Дети с 3 поста (опытная группа) получали музыкотерапию в 15.00 после кормления в течении 30 минут, и после 24.00 в течении 1 часа – 10 дней. А дети с 1 поста (контрольная группа) с аналогичным диагнозом не получали музыкотерапию.

Все дети также получали традиционную медикаментозную терапию по своему заболеванию. Из составленных таблиц в опытной группе, где проводилась музыкальная терапия на 3-4 сутки отмечается улучшение сна, а в контрольной группе, где не проводилась музыкальная терапия сон нарушен и значительно беспокойный в отличии от опытной группы, где проводилась музыкальная терапия.

3. Исследование рефлексов врожденного автоматизма

Цифры в клеточках - количество новорожденных, у которых конкретный рефлекс под действием сеансов музыкотерапии полностью восстановился.

НОВОРОЖДЕННЫЕ С 3 ПОСТА, ПОЛУЧИВШИЕ МУЗЫКАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ										
РЕФЛЕКСЫ	Сутки исследования									
	1 день	2 день	3 день	4 день	5 день	6 день	7 день	8 день	9 день	10 день
хватательный			6		2	1				
Робинсона			5	3	1	1				
Моро			2	5	2			1		
сосательный			3	1	2	3	1			
Опоры			2	2	4		1			
Автоматической походки			6		2	1	1			
Бабинского			3		2	1	1	1	2	
ползания			2	2	2	1		1		1

Таким образом, в опытной группе при проведении сеансов музыкотерапии отмечалось восстановление рефлексов в течении 1-ой недели наблюдения практически у всех детей.

НОВОРОЖДЕННЫЕ С 1 ПОСТА, НЕ ПОЛУЧИВШИЕ МУЗЫКАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ										
РЕФЛЕКСЫ	Сутки исследования									
	1 день	2 день	3 день	4 день	5 день	6 день	7 день	8 день	9 день	10 день
Хватательный				1			7			3
Робинсона				4		1	2	1		
Моро				3					2	4
сосательный				6	2	1	1			1
Опоры				1		5		2	2	1
Автоматической походки						1	6			4
Бабинского					1	6		1	2	1
ползания								9		2

Таким образом, в данной группе наблюдалось более медленное восстановление рефлексов врожденного автоматизма. Спинальная группа рефлексов оживлялась у этих детей в основном на 7-8 сутки наблюдения. Однако эти рефлекс-сы оставались «быстроистощимыми», а рефлекс, Робинсона, Моро у некоторых детей так и не восстановились до конца исследования.

Выводы:

1. Проведено анкетирование и выявлено что меньше половины мамочек знают о положительном эффекте музыкотерапии.
2. При проведении музыкотерапии общее состояние детей нормализуется в 2 раза быстрее и способствует улучшению соматических и функциональных показателей у новорожденных и темнеется улучшение сна в опытной группе, где проводилась музыкальная терапия на 3-4 сутки, а в контрольной группе, где не проводилась музыкальная терапия сон нарушен и значительно беспокойный в отличии от опытной группы, где проводилась музыкальная терапия.
3. Музыкотерапия значительно улучшает, оживляет и восстанавливает рефлекс врожденного автоматизма.
4. Разработаны практические рекомендации для мам, о правильном применении музыкальной терапии и записан диск для использования в домашних условиях после выписки из стационара

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Журба Л.Т., Тимонина О.В. Метод количественной оценки двигательных, речевых и психических функций ребенка для раннего выявления задержки возрастного развития // Медицинский научно-методический журнал. – 2003. – № 14, 15. <http://www.medic-21.uco.ru>
2. Лавровский С.Н., Трофимова Г.А., Кобякова И.А. Сестринское дело в невропатологии. – М.: АНМИ, 2005. – 343 с.
3. Ратнер А.Ю. Неврология новорожденных: Острый период и поздние осложнения. Изд. 2-е. – М.: БИНОМ, 2005. – 368 с.
4. Рыбакова Н.А. Сестринское патронирование при разных видах детского церебрального паралича // Медицинская сестра. – 2004. – № 2. – С. 46–48.

ОСНОВНЫЕ ВИДЫ И ПУТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВБИ В ОТДЕЛЕНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ**Ускова Н. М., Андреев В. А.***Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра сестринского дела***Научный руководитель: к.м.н, доц. Мудрова Л. А.**

Госпитальные инфекции - это широкое понятие, объединяющее внутрибольничные инфекции (ВБИ) и их занесение извне. Если рассматривать всю совокупность госпитальных инфекций, то их разумно разделить на две группы: традиционные инфекционные болезни и гнойно-септические инфекции (ГСИ). Между этими группами существует принципиальное отличие в плане факторов риска и причин их возникновения.

Традиционные внутрибольничные инфекции (1 группа), как правило, заносятся в стационары из общей популяции людей. Каждое занесение может дать внутрибольничное распространение в большем или меньшем количестве заболеваний, что зависит прежде всего от своевременной организации и качества проведения противоэпидемических мероприятий. Существенное влияние на возникновение этих инфекций оказывает санитарно-техническое состояние отделений стационара, водоснабжения, канализации, вентиляции, организация питания и т. п.

Вторая группа ГСИ существенно отличается от первой. Основной причиной возникновения и распространения этой группы инфекций является лечебно-диагностический процесс. В структуре ВБИ она занимает ведущее место

Актуальность исследования: ВБИ является одной из актуальных проблем современной медицины, приобретая все большую медицинскую и социальную значимость. В последние годы в связи с реформированием здравоохранения и медицинской науки, внедрением новых технологий, развитием современных форм организации и оказания медицинской помощи населению в условиях недостаточного бюджетного финансирования отрасли требуются принципиально новые подходы к решению проблем профилактики ВБИ.

Цель моей работы: изучение этиологической структуры наиболее распространенных ВБИ в городской детской больнице №1, определение факторов и путей передачи госпитальных инфекций, определение положительного влияния музыкальной терапии на улучшение состояния новорожденных.

Объектом исследования: новорожденные ГДБ № 1

Предмет исследования: новорожденные ГДБ № 1

Гипотезой нашего исследования является предположение о том, что

В соответствии с целью, объектом, предметом и гипотезой исследования мною были выделены следующие **задачи:**

1. Доказать, что пребывание на одном посту новорожденных приводит к развитию ВБИ
2. Отразить статистику ВБИ новорожденных в отделении за 2007-2008
3. разработать практические рекомендации о профилактике ВБИ

Базой экспериментального исследования является отделение ГДКБ № 1. Выборка нашего исследования составляет 9 новорожденных.

Исследовали 1 пост в период, когда в стране обострение вирусной инфекции с 20 февраля-27 февраля в количестве 9 детей. Причем изначально 20 марта на посту лежало 5 новорожденных, в течение 2-ух дней поступило еще 4 новорожденных. Здесь + отмечена наличие симптомов вирусной инфекции(выделяемое из носа, кашель, температура).

	20 февраля	21	22	23	24	25	26	27
1		+						
2			+					
3		+						
4				+				
5				+				
6					+			
7					+			
8							+	
9								+

Таким образом, из таблицы видно, что изначально на второй день пребывания 2 новорожденных имели симптомы вирусной инфекции, затем в течение следующих дней остальные новорожденные приобретали подобные симптомы.

Исследование инфицирования ВБИ новорожденных за 2007-2008 гг.

Структура ВБИ	Вид ВБИ	Этиологические данные	Процент от общего числа случаев ВБИ	Место предполагаемого инфицирования	Путь передачи
ВБИ новорожденных	Конъюнктивиты Заболевания кожи и подкожной клетчатки Сепсис Другие формы	клебсиелла, протей, синегнойная палочка, энтеробактерия. Большое значение имеют стрептококки, не потеряли свое значение и стафилококки. В отдельных случаях действует ассоциация микробов.	25-28% 20-25% 8-10% 50-60%	До 90% местом непосредственного инфицирования составляют палаты.	Контактно-бытовой. Воздушно-капельный, алиментарный.

Основные штаммы ВБИ, выделенные у больных детского стационара за 2007-2008 гг. оказались такими: *St. aureus* (81,6%) и *Ps.aeruginosae* (11,7%).

Выводы:

1. Из таблицы видно, что изначально на второй день пребывания 2 новорожденных имели симптомы вирусной инфекции, затем в течение следующих дней остальные новорожденные приобретали подобные симптомы
2. Из рисунка видно, что в этиологии бронхопневмонии большую роль играют патогенные микрофлоры - *St. aureus* (81,6%) и *Ps.aeruginosae* (11,7%).
3. разработаны практические рекомендации о профилактике ВБИ в виде наглядного пособия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Зуева Л. П. Обоснование стратегии борьбы с госпитальными инфекциями и пути ее реализации // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2000. - №5. - С.27-29
2. Морозова Н. С., Корженевский С. В. Проблемные вопросы лабораторного контроля противозидемического режима лечебно-профилактических учреждений // Эпидемиол. и инфекц. болезни. - 2000. - № 5. - С.29
3. Петрухина М.И. Профилактика внутрибольничных инфекций в родовспомогательных учреждениях // Эпидемиол. и инфекц. болезни. - 2000. - № 5. - С. 27-29

УДК 616.15

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ КИСЛОРОДТРАНСПОРТНОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СРОЧНОЙ СЛУЖБЫ МИНОБОРОНЫ РФ

Усманова С. Р., Исаева Е. Е.

Башкирский государственный университет

Кафедра морфологии, физиологии человека и животных

Научный руководитель: д.б.н., проф. Шамратова В. Г.

В период службы в рядах Вооруженных Сил (ВС) солдаты сталкиваются с особыми социально-психологическими условиями, приводящими к ломке ранее выработанных индивидуальных механизмов психологической защиты. Зачастую сам факт призыва в армию молодые люди расценивают как жизненную неудачу и, еще не ощутив тягот и лишений армейской службы, испытывают мощный стресс. Негативную роль также играют средства массовой информации, современное воспитание в семье и школе. Вследствие этого период призыва способствует, несомненно, напряжению адаптационных механизмов организма. Ранее нами было показано, что пребывание новобранцев в условиях профилактического карантина, характеризующееся гиподинамией и дефицитом свежего воздуха, наряду с психологической адаптацией к новым условиям, приводит к нарушению кислородного статуса организма [4]. Вместе с тем, развивающаяся гипоксия и усиление анаэробных процессов сопровождаются выходом в кровоток «молодых» эритроцитов, а также подключением регуляторных резервов сердечно-сосудистой системы (ССС). Благодаря увеличению суммарной дыхательной поверхности и объема циркулирующей крови доставка кислорода тканям сохраняется на высоком уровне. В итоге, несмотря на прослеживаемое напряжение функций организма, развивается рациональный механизм адаптации юношей к армейской среде, что является, с нашей точки зрения, хорошей базой для психо-эмоционального и физического здоровья молодого пополнения.

В период дальнейшего прохождения службы психологическое напряжение снимается, изменяется ритм и стиль жизни солдат, упорядочивается режим дня и питания, определяются физические нагрузки. Это обеспечивает смену характера компенсаторных реакций и формирования нового динамического стереотипа. Учитывая это, мы поставили перед собой цель изучить состояние и регуляцию системы кислородного обеспечения тканей у данного контингента во время службы в рядах ВС.

Материалы и методы. Было обследовано 30 военнослужащих в период прохождения службы (группа 1), в качестве групп сравнения – 50 студентов, представляющих интерес, как резерв для пополнения ВС с возможностью оценки их готовности к военной службе. По выраженности физических нагрузок в повседневной жизни юношей было выделено две группы. Одну группу составили лица, образ жизни которых, согласно опросу, характеризуется отсутствием упорядоченных физических нагрузок. Эту выборку юношей будем именовать «студенты», группа 2. Другая группа представлена физически тренированными студентами физкультурного факультета - «спортсмены», группа 3. Средний возраст всех обследуемых составил 20 лет.

В крови обследуемых определялись количество эритроцитов и концентрация гемоглобина (Hb). На аппарате «RAPIDLAB865» измерялось парциальное давление кислорода (pO₂), сатурация (satO₂), а также содержание фетального гемоглобина (FetHb). Кинетика кислотного гемолиза выполнялась по методу И.И Гительсона [1]. Тип вегетативной регуляции CCC оценивался по вегетативному индексу Кердо (ВИК). О достоверности различий средних показателей судили по критерию Стьюдента.

Обсуждение результатов. В таблице представлены данные, отражающие функциональные особенности клеток красной крови и кислородный режим у военнослужащих в сравнении с контрольными группами лиц того же возраста.

Оказалось, что общая концентрация Hb у солдат примерно равна его количеству у спортсменов и ниже, чем у студентов. На этом фоне у рядовых срочной службы содержание FetHb занимает промежуточное положение между этими показателями в сравниваемых группах: его концентрация выше, чем у спортсменов и ниже по сравнению со студентами. Значимое отличие этого показателя имеет место между группами контроля. Выраженное варьирование отмечено в отношении параметров кинетики кислотного гемолиза. Общее время и время, приходящееся на максимальный гемолиз, в 1-й группе соизмеримо со значениями этих показателей у студентов, но выше, чем у спортсменов. Следовательно, как в целом эритроциты периферической крови, так и основная их популяция у военнослужащих обладает большей устойчивостью, чем у спортсменов, и не отличается от стойкости клеток у студентов. Поскольку характер эритрограмм косвенно отражает интенсивность эритропоэза [1,2], повышенная стойкость эритроцитов в группах военнослужащих и студентов может говорить о достаточно высоком его уровне.

Сравнительная характеристика показателей красной крови в исследуемых группах

Показатели	Военно-служащие группа 1	Группы сравнения	
		«студенты» Группа 2	«спортсмены» Группа 3
Эритроциты, 1012/л	5,03±0,06&	5,27±0,09	5,37±0,09&
Концентрация гемоглобина, г/л	149±1,61#	156,6±2,1#	149,2±3,07
pO ₂ , мм.рт.ст.	80,36±2,25&	*74,75±2,03	*92,33±3,09&
O ₂ sat, %	94,93±0,52&	*94,77±0,41	*96,98±0,28&
FetHb, %	3,26±0,52	*4,34±0,5	*2,05±0,22
Общее время гемолиза, мин	4,99±0,09&	*4,98±0,07	*4,58±0,11&
Начало гемолиза, мин	1,99±0,06	1,95±0,05	1,8±0,1
Максимум гемолиза, мин	3,24±0,03&	*3,2±0,11	*2,83±0,13&
ВИК	3,5±0,22	2,94±0,19	3,25±0,16

Достоверное отличие показателей при $p \leq 0,05$:

* - между 1 и 3 группой; # - между 1 и 2 группой; & - между 2 и 3 группой.

Наибольшие различия отмечаются в кислородном статусе крови испытуемых. Так, у солдат величина pO₂ достоверно выше, чем у студентов, но ниже в сравнении с показателем спортсменов. Сатурация имеет достоверно более высокий уровень у спортсменов; у рядовых и студентов колеблется примерно в одном числовом диапазоне.

По полученному массиву данных проведен факторный анализ, позволивший выделить группы взаимосвязанных показателей и вскрыть глубинную структуру имеющихся корреляций с помощью так называемых ортогональных факторов - скрытых переменных более высокого порядка, чем реально наблюдаемые признаки. На основе матриц интеркорреляций исходных показателей для каждой из трех анализируемых групп обследуемых было сформировано 3 фактора (F).

По данным студентов, не испытывающих регулярных и значительных физических нагрузок, наиболее емким оказался F1 (дисперсия 43%), контролирующий обеспечение клеток организма кислородом. Он описывает согласованные колебания значений резистентности эритроцитов и кислородного статуса крови. Согласно его структуре, устойчивость основных популяций эритроцитов к гемолизу повышается, если они содержат больше FetHb. Оба эти параметра зависят, в свою очередь, от pO₂ и сатурации, возрастая при их снижении в крови. В этом, вероятно, проявляется компенсаторный характер реагирования красной крови на ослабление как функции внешнего дыхания, так и способности Hb к оксигенации. Известно, что FetHb обладает повышенным сродством к кислороду, что имеет физиологический смысл для поддержания кислородного режима у развивающегося плода. У взрослого человека его повышение считается приспособительной реакцией для сохранения дыхательного статуса тканей при развитии гипоксии. При этом немаловажен факт того, что эритроциты с FetHb отличаются более высокой устойчивостью [2].

Структура и характер корреляций F1 подтверждает это: возрастание концентрации в крови FetHb сочетается с увеличением резистентности основной субпопуляции эритроцитов. Действительно, в крови студентов обнаруживаются самые высокие показатели и FetHb, и параметров кинетики кислотного гемолиза. Изменения такого рода свойственны гипоксическим состояниям и могут быть вызваны ухудшением кислородного режима, наблюдаемое у лиц данной группы. F2 (дисперсия 21%) координирует взаимоотношения между количеством эритроцитов, Hb, временем начала и общим временем гемолиза, являющемся мерой стойкости в целом популяции эритроцитов. Следовательно, возрастной состав клеток красной крови находится в равновесии с интенсивностью эритропоэза. F3 (дисперсия 18%) описывает независимое варьирование ВИК.

У военнослужащих F1 (дисперсия 30%) описывает регуляцию кислородного режима крови. Здесь, как и в контроле, концентрация FetHb в эритроцитах повышается с уменьшением способности крови переносить кислород. Однако, в отличие от группы студентов, не обнаруживается связь этих показателей с satO₂ и резистентностью эритроцитов, свидетельствуя об относительной независимости состояния эритронов от функции внешнего дыхания. F2 (дисперсия 19%) и F3 (дисперсия 16%) представлены показателями кинетики гемолиза эритроцитов и концентрации Hb, соответственно.

Аналогичная картина наблюдается в факторной структуре у спортсменов. Но здесь F1 (дисперсия 46%) характеризует связь между FetHb, pO₂ и сатурацией. Существенное отличие от группы военнослужащих касается F2 (дисперсия 33%): основные параметры кинетики кислотного гемолиза здесь тесно коррелируют с фактором совместно с количеством эритроцитов. Причем, возрастание их численности сочетается со снижением резистентности, что можно расценивать как результат неэффективного эритропоэза.

Таким образом, у солдат отчетливой выражена автономность регуляции кроветворения и кислородного режима крови. Известно, что формирование наилучшей стратегии управления в физиологических системах заключается в структурно-функциональной минимизации, характерной для адаптированного организма [3]. Именно этот путь компенсации наблюдается в кислородтранспортной системе у военнослужащих срочной службы, свидетельствуя об отсутствии напряжения адаптивных сил организма и возрастании его функциональных возможностей.

Вывод

У военнослужащих срочной службы регуляция обеспечения организма кислородом имеет ряд особенностей. Экспрессии FetHb контролируется, в отличие от студентов-сверстников, только степень насыщенности крови кислородом, а, следовательно, состоянием внешнего дыхания. Относительная независимость контроля различных звеньев, участвующих в процессах поступлении, связывания и переноса кислорода к клеткам организма у солдат срочной службы, отражает относительную устойчивость механизмов поддержания кислородного статуса организма.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гительзон И.И., Терсков И.А. Эритрограммы как метод клинического исследования крови. – Красноярск, 1959
2. Леонова В.Г. Анализ эритроцитарных популяций в онтогенезе человека. – Новосибирск, 1987
3. Медведев В.И. Компоненты адаптационного процесса. - Ленинград, 1984
4. Усманова С.Р., Исаева Е.Е., Шамаратова В.Г. Адаптационные возможности системы крови и кровообращения у новобранцев Вооруженных Сил РФ// Актуальные проблемы клинической и экспериментальной медицины.- Чита, 2008.- С.217-218

УДК 617.55-089.844:616-018.2-089

ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ АПОНЕВРОТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ ПОСЛЕ ИХ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Усольцев Д. М., Саракуло В. М., Кривопапов В. А., Сергеев С. А.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясинецкого

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

НИИ Медицинских проблем Севера СО РАМН

Научные руководители: д.м.н., проф. Горбунов Н. С., д.м.н., проф. Радкевич А. А.

Актуальность. Соединительно-тканые структуры передней брюшной стенки играют важное значение в формировании патологии последней. Учитывая рост патологии, совершенствуются и методы их оперативного лечения (Сурков Н.А. с соавт., 2000; Barisic I. et al., 2001; Hockey et al., 2002). В современной хирургии проблеме грыж уделяется большое внимание. В последнее время их количество неуклонно растет, что связано с увеличением числа абдоминальных операций и расширением их объема. Данные патологические состояния ведут к инвалидизации, обусловленной наличием как самого заболевания, косметическими неудобствами, снижением комфортабельности жизни пациентов, так и осложнениями (спаечная болезнь, кишечная непроходимость и её последствия и др.). Не малая часть населения является носителями грыж, классифицируемых как наружные грыжи живота. Согласно исследования ряда авторов их количество составляет от 2 до 7%, из них около 60% - лица трудоспособного возраста (Веровский Г.И., 2000; Мумладзе Р.Б., 1999; Шапошников В.И., 2000; Янов В.Н., 1975; Bauer J.J. 1987; Santora T.A., 1993). В настоящее время известно более 400 способов оперативного лечения указанной патологии. По данным литературы неудовлетворительные результаты наблюдаются до 50% [1-4]. Большое количество предложенных способов операций при отсутствии тенденции к улучшению результатов лечения на протяжении нескольких десятилетий говорят о затяжном кризисе в разработке данного раздела хирургии (Влавос В.В., 1999, 2000).

Цель работы: Выявить морфо – клинические особенности восстановления дефектов апоневроза после замещения последних имплантационным материалом никелид титановая ткань (НТ), полипропиленовая сетка (ПП), твердая мозговая оболочка (ТМО), хитозановая (Хит.) губка и ее комбинация с НТ и ПП (Хит+НТ; Хит+ПП).

Материалы и методы. В целях изучения закономерностей поведения имплантатов в тканях организма, изучения гистогенеза репаративных процессов и структуры полученного регенерата проведены экспериментальные исследования на 77 лабораторных животных – кроликах обоего пола в возрасте от 6 месяцев до года на базе кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией. Животные были разбиты на 5 групп представленных на Рис. 1.



Рис. 1. – Схема распределения экспериментальных животных на группы

Всем животным дополнительно образовывали апоневротические дефекты на противоположной от опытной стороне спины, которые оставляли без замещения (контроль). Для сравнительной оценки полученных регенератов изучено строение нормально апоневроза кроликов (НАК). Последний изображен на Рис.№2.

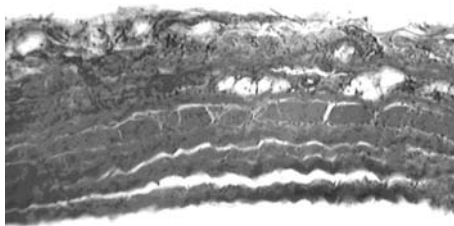


Рис. 2. – Гистологическое строение НАК. Окраска гематоксилином и эозином. Ув.120

Результаты исследования. Восстановление в дефектах апоневроза между ячейками НТ начинается с возникновения рыхлой соединительной ткани, затем на её месте образуется плотная неоформленная соединительная ткань, с образованием в дальнейшем плотной соединительной ткани близкой по строению к НАК. Восстановление в дефектах апоневроза между ячейками ПП начинается с возникновения рыхлой соединительной ткани, обрстая структуру сетки, образует плотную соединительнотканную капсулу, отличающуюся по структуре от I опытной группы и контрольной групп (Рис. №3).

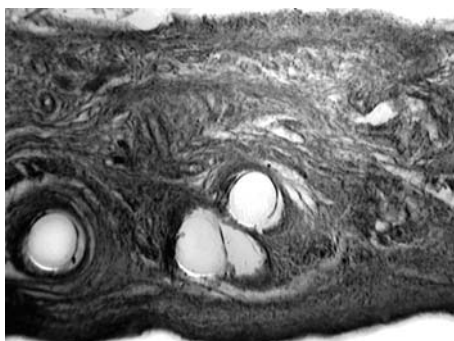


Рис. 3. – Микропрепарат соединительной ткани, образованный на 112 сутки поле имплантации ПП сетки. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 120

При использовании же Хит. губки наблюдали ее резорбцию за счет лимфоцитарно-фагоцитарной реакции ткани на имплантат, на ее месте новообразовывалась соединительная ткани, в дефектных краях апоневроза наблюдалось нарушение трофики. В результате на месте дефекта образуется соединительная ткань отличающаяся от строения НАК. Полная резорбция губки происходит на 3-й месяц после имплантации, при этом дефект апоневроза остаются открытым и не заросшим. Хит. губка не может брать на себя механическую нагрузку, что затрудняет ее использование в качестве протеза апоневроза.

При комбинации НТ с Хит. губкой, можно было заметить что Хит. губка «тянет» на себя межтканевую жидкость, нарушая трофику (что наблюдалась и при использовании одной лишь Хит. губки), в следствие этого клетки предшественники соединительной ткани не могли в полной мере заполнить ячейки НТ сетки, наблюдали лимфоцитарную, фагоцитарную инфильтрацию, что обеспечивало резорбцию Хит. губки, все это увеличивало срок новообразования апоневроза, а главное изменяет цитоархитектонику новообразованной ткани, отдаляя ее от строения НАК.

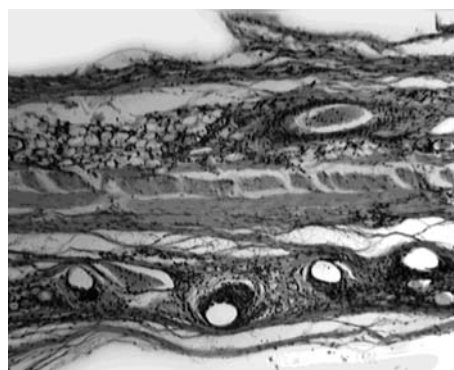


Рис. 4. – Микропрепарат соединительной ткани, образовавшийся на 112 сутки после имплантации сетки из НТ. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 120

Если же скомбинировать ПП сетки с Хит. губкой можно ожидать получение аналогичного результата что и с НТ сеткой, отличия лишь в том что, еще большей мере ПП сетка инкапсулируется и образует ткань близкую к рубцовой.

Выводы: Имплантаты из НТ стимулируют полноценное замещение дефектов апоневроза и создают условия для образования на месте бывших дефектов органотипичной ткани (Рис.№4). НТ сетка по результатам исследования является более подходящим материалом при протезировании апоневроза во время герниопластики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Галимов, О.В. Применение «стимулятора регенерации» при хирургическом лечении послеоперационных вентральных грыж / О.В. Галимов, Р.З. Мусин // Вестн. хирургии. - 2001. - № 4. - С. 84 - 86.
2. Кочнев, О.С. Аутодермально-монофильная пластика вентральных грыж / О.С. Кочнев, Г.Б. Курбанов, В.Н. Бирыльцев // Хирургия. - 1991. - № 9. - С. 113 - 118.
3. Тоскин, К.Д. Пластическая хирургия сложных дефектов брюшной стенки / К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский. - Киев: Здоров'я, 1982. - 189 с.
4. Dibello, J.W. Setting myofastal flap of the closure of recurrent ventral hernias / J.W. Di-bello, J.H. Moore // Plast. Reconstr. Surg. - 1996. - Vol. 98, № 3. - P. 464 - 469.

УДК 616.682-089.197.6:616.672-089

МЕТОД РЕКОНСТРУКЦИИ СОДЕРЖИМОГО МОШОНКИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЯИЧКА

Усольцев Д. М., Саракуло В. М., Кривопапов В. А., Сергеев С. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
НИИ Медицинских проблем Севера СО РАМН*

Научные руководители: д.м.н., проф. Горбунов Н. С., д.м.н., проф. Радкевич А. А., д.м.н., проф. Большеков И. А.

Актуальность проблемы. Причины отсутствия в мошонке одного или обоих яичек могут быть [1-2]. Не опущение одного или обоих яичек в мошонку или крипторхизм. Тяжелая травма мошонки со значительным повреждением яичка, повлекшим его удаление. Атрофия яичка в результате инфаркта яичка вследствие перекута или ятрогенного (произведенного врачом) повреждения семенного канатика. Атрофия яичка вследствие его воспаления (орхит, орхоэпидидимит) или по невыясненной причине. Удаление одного или обоих яичек по медицинским показаниям (при раке или туберкулезе яичка, при раке предстательной железы, при гнойно-деструктивном орхоэпидидимите).

Хотя многие мужчины не испытывают физических неудобств, связанных с отсутствием одного или двух яичек, этот эстетический дефект затрудняет их социальную и сексуальную адаптацию. Таким образом, отсутствие одного или обоих яичек в мошонке, независимо от причины, может быть поводом для обращения к врачу с целью восполнения достаточно ощутимого косметического дефекта. В настоящее время существует достаточно большой выбор протезов из различных материалов. Но лучше всех зарекомендовали себя протезы, изготовленные из гипоаллергенного биополимерного материала, заполненные гелеобразным полимерным веществом [3].

Цель работы: Выявить морфологические особенности формирования соединительной ткани в остаточной полости после удаления яичка при выполнении последней никилид титановой ниткой (НТН) в виде клубка и хитазановой губкой (ХГ).

Материалы и методы: С целью изучить особенности формирования соединительной ткани в остаточной полости после орхиэктомии, при выполнении последней НТН и ХГ, изучения гистогенеза репаративных процессов и структуры полученного регенерата проведены экспериментальные исследования на 17 лабораторных животных – кроликах обоих пола в возрасте от 6 месяцев до года на базе кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией. Животные были разделены на 3 группы. Группа №1 - проведена орхиэктомия, остаточная полость оставлена свободной (Контроль) – 3 кролика. Группа №2 (7 кроликов) - выполнена орхиэктомия, остаточная полость выполнена НТН (Рис.1). Группа №3 (7 кроликов) произведена орхиэктомия, остаточная полость выполнена ХГ (Рис. 2).



Рис. 1. – Клубок НТН в полости после удаления правого яичка

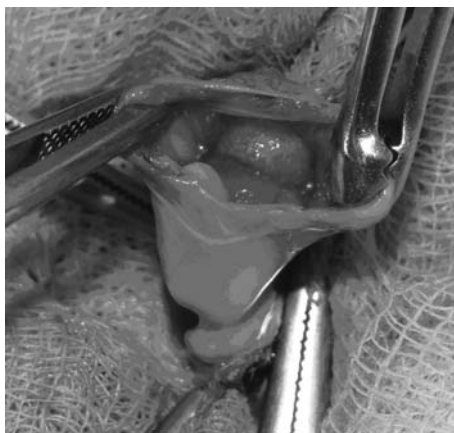


Рис. 2. – Губка из collagen-хитозана в остаточной полости после удаления правого яичка

Результаты исследования: В контрольной группе, как и следовало полагать на месте удаленного яичка образовалось небольшое количество соединительной ткани, мошонка сократилась, и приобрела значительно меньшие размеры.

В группе № II во всех случаях наблюдали послойное зарастание протеза соединительной тканью к концу первого месяца. Тканевая реакция на имплантат начинается с лимфоцитарной, фагоцитарной инфильтрации, которая уменьшается к 3 дню после операции, на 4-5 в структуру протеза мигрирует большое количество фибробластов, и начинается стремительный процесс формирования плотной соединительной ткани, начиная с формирования рыхлой неоформленной. Макроскопически на 28 сутки видно полное зарастание протеза соединительной тканью (Рис. 3-4).



Рис. 3. – Поперечный разрез протеза яичка из НТН, стрелкой указана новообразованная соединительная ткань

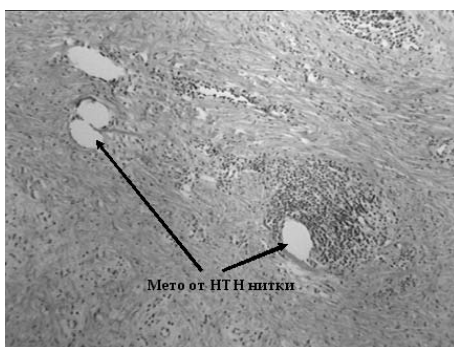


Рис. 4. – Микропрепарат соединительной ткани новообразованной после имплантации НТН на 27 сутки протезирования. Ув. 120

После удаления яичка и имплантации ХГ (III группа) наблюдали лимфоцитарную, фагоцитарную инфильтрацию, резорбцию collagen-хитозановой структуры губки. Резорбция полностью заканчивалась к третьему месяцу после операции. Новообразованная соединительная ткань начиная с рыхлой волокнистой, далее через гигантско-клеточную реакцию приводит к формированию плотной оформленной соединительной ткани (Рис 5).



Рис. 5. – Микропрепарат новообразованное ткани после имплантации коллаген-хитозановой губки на 37 сутки. Ув. 120

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дж. Мёрта. Справочник врача общей практики. 1230 с., 540 илл. Пер. с англ. Мак-Гроу - Хилл Либри Италия
2. Fry J., Berry H. Surgical problems in clinikaal practice. London: Edward Amond, 1987, 79-92
3. http://www.doctor-urolog.ru/a_prot.htm

УДК 617.55-007.43-018-036

МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ВНУТРИ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА

Усольцев Д. М., Саракуло В. М., Кривопапов В. А., Сергеев С. А.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

НИИ Медицинских проблем Севера СО РАМН

Научные руководители: д.м.н., проф. Горбунов Н. С., д.м.н., проф. Радкевич А. А.

Актуальность. Значительная часть населения является носителями грыж, классифицируемых как наружные грыжи живота. [3,5] Как свидетельствует литература, 11 % срединных лапаротомий, 22,7 % аппендэктомий, 11- 29,4 % холецистэктомий, 41 % гинекологических операций ведет к вентральным грыжам, 21,1 % операций по поводу диастаза и грыж белой линии живота, пупочных грыж, вентральных грыж - 22,8 %, первичных паховых грыж - 10 %, повторных - до 30 % заканчивались рецидивами. С увеличением оперативной активности, а также в связи с изменяющимися условиями внешней среды, уровня жизни населения и других причин, которые косвенно или непосредственно негативно влияют на состояние всего организма, увеличилось количество гнойных осложнений после операций на передней брюшной стенке, что в большинстве случаев вело к возникновению грыж. По данным исследователей частота таких осложнений выявлялась в 7,8 - 70 % случаев. [2,5] Основными причинами данных ситуаций являлись технические погрешности выполненных операций в брюшной полости и на тканях передней брюшной стенки, атрофия тканей передней брюшной стенки, связанная с возрастными изменениями и/или травматической агрессией, включая ранее выполненные оперативные вмешательства. Ткани передней брюшной стенки, подвергшиеся атрофии, имеют не только структурную, но и функциональную неполноценность. [1,4] Логично предположить, что и органы брюшной полости, оказавшись внутри грыжевого мешка подвергаются морфологическим и, как следствие, функциональным изменениям, оказывающим влияние на физиологический статус организма в целом. В современной литературе нет упоминаний об исследованиях в данной области ввиду нецелесообразности резецирования жизнеспособных органов, находящихся внутри грыжевого мешка, при осуществлении герниопластики, что указывает на необходимость разработки экспериментальной методики.

Цель работы: Выявить морфо – функциональные изменения органов брюшной полости внутри грыжевого мешка путем разработки методики, позволяющей вызвать грыжеобразование у лабораторных животных в условиях эксперимента.

Материалы и методы. В целях разработки метода искусственной индукции грыжеобразования проведены экспериментальные исследования на 2 лабораторных животных – кроликах обоего пола в возрасте от 6 месяцев до года на базе кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией. Всем исследуемым животным была проведена срединная лапаротомия с ушиванием только поверхностного слоя мышц передней брюшной стенки. Дополнительно производилось рассечение данного слоя мышц вдоль боковых поверхностей живота с последующим ушиванием с целью создания условий денервация участка передней брюшной стенки в области срединного лапаротомического разреза. Далее производилось наблюдение оперируемого участка живота на предмет грыжеобразования.

Нормальной строение передней брюшной стенки кролика представляет собой по большей части два слоя мышц, волокна которых имеют взаимно перпендикулярное направление: наружный слой – продольно-, внутренний – поперечнонаправленный. (рис. 1) Внутренний слой мышц ближе к средней линии живота содержит слабовыраженные апоневротические структуры, составляющие ¼ его объема.



Рис. 1. – Вид операционной раны при разрезе поверхностного слоя мышцы передней брюшной стенки

Описание операции. В асептических условиях после предварительного бритья и обработки операционного поля спиртом дважды под инфильтрационной анестезией Sol. Novocaini 0,5%-20-30 ml произведен срединный кожный разрез, длиной 15 см. Послойно рассечены мышцы передней брюшной стенки на протяжении 12 см, вскрыта брюшная полость. (рис. 1,2) Произведено ушивание мышц поверхностного слоя. (рис. 3) На боковых поверхностях передней брюшной стенки на расстоянии 4 см от средней линии выполнены продольные разрезы мышц поверхностного слоя, длиной 12 см, с последующим ушиванием. (рис. 4) Края раны сведены и сшиты П-образными швами. Швы снимали на 10 суток.



Рис. 2. – Вид операционной раны рассечении внутреннего слоя мышц передней брюшной стенки и вскрытии брюшной полости



Рис. 3. – Вид операционной раны после ушивания поверхностного слоя мышц передней брюшной стенки



Рис. 4. – Вид операционной раны при выполнении боковых продольных разрезом передней брюшной стенки

Результаты исследования. В раннем послеоперационном периоде течение раневого процесса – без особенностей. Через 2 недели после операции появились признаки гипотрофии мышц передней брюшной стенки в области денервации. К концу превого месяца гипотрофические изменения приобрели выраженный характер. Через 3 месяца после операции произошло образование вентральной грыже в нижней трети послеоперационного рубца, размеров 5×2 см, проявляющую тенденцию к увеличению. Грыжа вправима. В грыжевом мешке пальпаторно определяются петли кишечника. Грыжевые ворота размером 2×1,5 см.

На 110 сутки после операции был произведен забор материала содержимого грыжевого мешка и грыжевых ворот с целью гистологического исследования. Макроскопически препарат кишки, содержащейся в грыжевом мешке, размеров 12×2,5 см имеет дилатированную, растянутую стенку (Рис. 5).

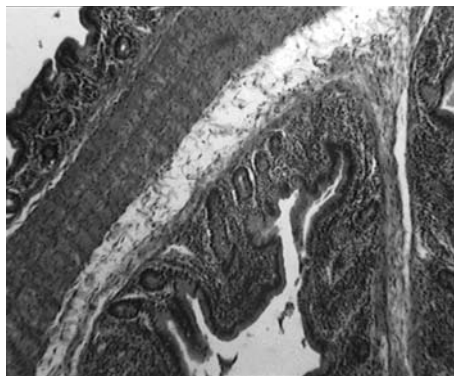


Рис. 5. – Микропрепарат кишки кролика находящийся в грыжевом мешке. Ув. 120

Вывод. Разработан метод экспериментального получения вентральной грыжи у кроликов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Автандилов, Г.Г. Введение в количественную патологическую морфологию / Г.Г. Автандилов. - М.: Медицина, 1980. - 216 с.
2. Андреев, С.Д. Принципы хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж / С.Д. Андреев, А.А. Адамян // Хирургия. -1991. - № 10. - С. 114 -120.
3. Воскресенский, Н.В. Хирургия грыж брюшной стенки / Н.В. Воскресенский, С.Л. Горелин - М.: Медицина, 1965. - 326 с.
4. Лаврова, Т.Ф. Клиническая анатомия и грыжи передней брюшной стенки / Т.Ф. Лаврова. -М.: Медицина, 1979. - 104 с.
5. Мариев, А.И. Наружные грыжи живота / А.И. Мариев, Н.Д. Ушаков. - Петрозаводск: Изд-во Петрозав. гос. ун-та, 1998. - 196 с.

УДК 616.24-089.197.6-07.12

МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ПУЛЬМОНЭКТОМИИ

Усольцев Д. М., Саракуло В. М., Кривопапов В. А., Сергеев С. А.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

НИИ Медицинских проблем Севера СО РАМН

Научные руководители: д.м.н., проф. Горбунов Н. С., д.м.н., проф. Радкевич А. А.

Актуальность. После первых успешных операций удаления легкого (А.В.Вишневский, Е.Graham) грудная хирургия прошла большой и трудный путь развития, проложенный отечественными и зарубежными хирургами. Резекция легкого вступила на современный этап четыре десятилетия тому назад, когда заменила коллапсотерапию в хирургии легочного туберкулеза [1].

Основными осложнениями после резекций легкого остаются инфекционно-воспалительные и кардиальные (J. Ayarza и соавторы, М. Lochowski, E. Ruffini и соавторы). Наиболее грозным из них является бронхоплевральный свищ с эмпиемой плевры после пульмонэктомии, методы профилактики и лечения которого торакальные хирургии продолжают обсуждать [2].

По данным А. Alvarez и соавторов, частота осложнений после пульмонэктомий достигает 40%, летальность составляет 5,6%. Эмпиема плевры развивается чаще после резекций, сделанных по поводу нагноительных заболеваний легких (С. Senol и соавторы). Субстратом для этих проблем в известной мере выступает остаточная полость после удаления легкого [3].

Цель работы: Выявить морфологические особенности формирования соединительной ткани в остаточной полости после удаления легкого при выполнении последней никлид титановой ниткой (НТН) в виде клубка (Рис. №1.), и хитазановой губкой (ХГ) представленной на Рис.№2.

Материалы и методы. С целью изучить особенности формирования соединительной ткани в остаточной полости после пульмонэктомии, при выполнении последней НТН и ХГ, изучения гистогенеза репаративных процессов и структуры полученного регенерата проведены экспериментальные исследования на 3 лабораторных животных – кроликах обоего пола в возрасте от 6 месяцев до года на базе кафедры оперативной хирургии и топографической анатомией.



Рис. №1. Клубок из НТН.

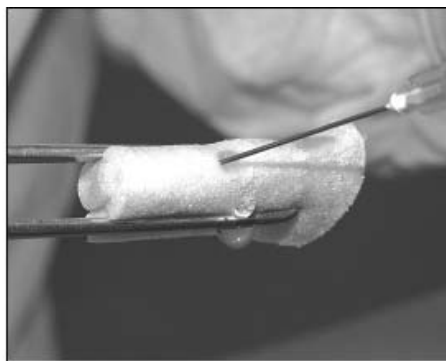


Рис. №2. Хитазановая губка

Животные были разделены на 3 группы. Кролику №1 была проведена пульмонэктомия (Рис. №3), остаточная полость была оставлена свободной (Контроль). Кролику №2 выполнена пульмонэктомия, остаточная полость выполнена НТН (Рис. №4). Кролику №3 произведена пульмонэктомия, остаточная полость выполнена ХГ.

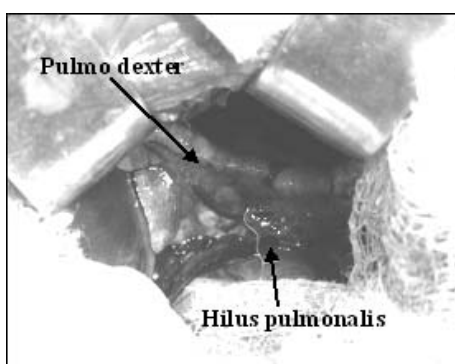


Рис. №3. Выполнен доступ в плевральную полость.



Рис. №4. Плевральная полость выполнена клубком НТН.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Амосов Н.М., Очерки торакальной хирургии, «Госмедиздат», Киев. 1953 – 115с.
2. Углов Ф.Г., Богда Т.Т., О перспективах ранней диагностики и лечения рака легкого, Советская медицина, 1973, 7, 13-18с.
3. Sealy W.C., Bradham R.R., Young W.G., J. Surg. Gynec. Obst., 1966, 123, 80.

УДК 613.84:616-058

ТАБАКОКУРЕНИЕ – ГЛОБАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

Успенская Е. А., Стрельникова Ю. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра гигиены*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Шибанова Н. С.

Актуальность темы. Проблема табакокурения, не являясь долгое время проблемой как таковой, при растущем качестве жизни в развитых странах мира, она удостоилась пристального внимания с осознанием всей мощи и комплексности негативных последствий для отдельно взятого человека и общества в целом в последние десятилетия. Анализ ситуации показывает, что наша страна, под грузом других проблем, не в состоянии в настоящий момент дойти до стадии принятия тотальных и эффективных мер по всемирному ограничению и постепенному запрету курения. Однако, несомненно, что сложнейшая демографическая ситуация и падающий уровень здоровья нации вынудит в недалеком будущем жестко поставить табак вне закона.

Цель работы. Выявить информированность школьников и студентов о вреде курения, узнать причины, побуждающие их к табакокурению.

Материалы и методы. Исследовательская работа проводилась методом анкетирования среди студентов КрасГМУ, учащихся старших классов школ центрального района г.Красноярска

Результаты исследования. Нами было проанкетировано 176 школьников и 194 студента КрасГМУ.

Среди опрошенных о времени начала курения, большая часть начинала курить в средней школе (10-14 лет) -75%, на втором месте по частоте встречаемости – старшие классы (15-17 лет) – 25%. Школьные годы - это годы активного как физического, так и умственного развития. Организму нужно много сил, чтобы справиться со всеми нагрузками. Как известно, навыки, привычки, усвоенные в школьном возрасте, самые прочные. Это относится не только к полезным, но и к вредным привычкам. Чем раньше дети, подростки, юноши, девушки познакомятся с курением и начнут курить, тем быстрее привыкнут к нему, и в дальнейшем отказаться от курения будет очень трудно.

Ученые установили, что люди, начавшие курить до 15-летнего возраста, умирают от рака легких в 5 раз чаще, чем те, которые начали курить после 25 лет [3].

Нами изучены причины, побудившие ребенка или подростка взять сигарету:

На первом месте – любопытство и интерес 57%, после - начало курения связывают с бездельем, и сигарета является средством от него 24%, ну а на третьем месте среди ответов- курение-это средство от стресса 19%. Но Курение - это не безобидное занятие, которое можно бросить без усилий. Это настоящая наркомания, и тем более опасная, что многие не принимают всерьез эту проблему.

Ученые выяснили, что у людей не курящих стали обнаруживаться болезни, присущие курильщикам. Причина? При курении в организм человека проникает 20-25% ядовитых веществ, а 50% вместе с выдыхаемым дымом поступают в воздух. А им дышат окружающие. Получается, что не курящие «курят». Появился даже специальный термин - «пассивное» курение.

Анализируя окружение подростков, было выявлено, что от 3-6 человек имеют это пагубное пристрастие, что составляет 49%, также частыми ответами были: «7-10 человек и из моего окружения курят» – 37%, «все курят» - 14%.

О вреде курения знают все 100% опрошенных.

Таким образом, нами проведенное исследование в отношении проблемы табакокурения среди детей и подростков показало, что все опрошенные знают о том, что курение пагубно влияет на организм. Побуждают их к этой вредной привычке любопытство и курящее окружение. Подготовленный нами доклад является выражением нашей гражданской позиции в отношении проблемы курения. Не иметь вредных привычек - это не только не вредить здоровью, это значит быть свободным.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Васильченко Е.А. Табакокурение. - М., 2000.
2. Горин А.Г. Курение и молодежь. - Киев, 1999.
3. Левшин В.Ф. Курить или не курить? Полезные сведения для курящих и некурящих. – М., 2002.
4. Шаповалов К. Медико-социальные последствия курения табака и борьбы с ним/ К. Шаповалов, Л. Шаповалова//ОБЖ.-2005.-№11.-С.42-47;№12.-С.55-61; 2006.-№1.-С.43-47

616.329-053.3-07:616.8

МОРФОЛОГИЯ НЕРВНЫХ СПЛЕТЕНИЙ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Фадеев Д. С.

*Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера
Кафедра нормальной, топографической и клинической анатомии, оперативной хирургии
ЦНИЛ отдел морфологических и патофизиологических исследований*

Научные руководители: к.м.н. Хоринко В. П., ст. преп. Еремченко Н. В.

Введение. Изучение морфологических особенностей пищевода новорожденных и детей младенческого возраста имеет важное значение не только в связи с выполнением им жизненно-важной функции, но и большой ролью данного органа в терапевтической и хирургической практике. Правильное решение диагностических и лечебных вопросов невозможно без комплексного изучения строения и возрастных изменений всех структурных элементов по протяжению пищевода.

В настоящее время хорошо изучены аспекты структурно-функциональной организации пищевода новорожденных и детей грудного возраста. Многие исследования посвящены изучению эволюции структуры и функции различных отделов пищевода в пренатальном онтогенезе.

Между тем, в доступной литературе мы не встретили работ, посвященных детальному изучению интрамурального нервного аппарата пищевода новорожденных и детей младенческого возраста.

Цель работы – изучить возрастные особенности межмышечного нервного сплетения пищевода у грудных детей.

Материалы и методы. Для исследования были взяты пищеводы детей грудного возраста, умерших в результате различных причин, не связанных с патологией пищевода. Были сформированы следующие возрастные группы: I – новорожденные (10), II – дети 3 месяцев жизни (7), III – дети в возрасте 6 месяцев (5), IV – дети в возрасте 12 месяцев (4).

В каждой группе гистологическому исследованию подвергали верхнюю и нижнюю треть пищевода. Материал фиксировали в 10%-ном нейтральном формалине. Парафиновые срезы получали на ротационном микротоме, окрашивали гематоксилином и эозином, а также по методу Ван Гизона.

Результаты. В препаратах четко прослеживается общий план строения стенки пищевода, выявляются все оболочки и их элементы. Мышечная оболочка в верхней трети пищевода образована поперечно-полосатой мышечной тканью, в нижней трети представлена гладкомышечными клетками.

В мышечной оболочке на поперечных срезах пищевода в нижней трети выявляются нервные пучки и нервные ганглии в большом количестве. По периметру пищевода нервные ганглии располагаются на расстоянии друг от друга от 2 мм до 5 мм. Форма узлов на поперечных срезах преимущественно овально вытянутая. Нервные узлы разной величины, средние размеры нервных ганглиев составляют 104x112 мкм. В узлах определяется разное количество ганглиозных клеток от 3 до 5 в срезе. Нервные клетки округлой формы, с неоднородной цитоплазмой, крупным пузырьковидным ядром с ядрышком. Также выявляется большое количество мелких мантийных клеток (сателлитов), окружающих крупные ганглиозные.

Большая часть нервных узлов расположена на границе между мышечными слоями мышечной пластинки.

При окрашивании гематоксилином и эозином отростки не визуализируются. На некоторых срезах отчетливо просматриваются тонкая соединительнотканная капсула. При окраске по методу Ван-Гизона видны смешанные нервные волокна как в мышечной, так и адвентициальной оболочках.

Кроме того, замечены единичные нервные узлы в слизистой пластинке у новорожденных. Они идентичны по строению узлам мышечной пластинки.

В верхней трети пищевода количество узлов в мышечной оболочке по периметру пищевода значительно меньше, чем в нижней трети, они располагаются чаще на большем расстоянии друг от друга. Также выявляются пучки нервных волокон.

Величина узлов различается в разных возрастных группах, существенно нарастая у детей в возрасте 12 месяцев. Число узлов в разных возрастных группах существенной разницы не имеет.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Автандилов Г.Г. Медицинская морфометрия / Г.Г. Автандилов. – М.: Медицина, 1990. – 384 с.
2. Разумовский А.Ю. Бужирование при химических ожогах пищевода у детей / А.Ю. Разумовский, А.В. Романов, Р.В. Садчикова и др. // Хирургия. – 2001. – №11. – С.47-50.
3. Шарипов Н.А. Лечение стриктур пищевода у детей / Шарипов Н.А.: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1996.
4. Allmendinger N. Balloon dilatation of esophageal strictures in children / N. Allmendinger, M.J. Hallisey, S.K. Markowitz et al. // J. Pediatr. Surg. – 1996. – Vol. 31. – № 3. – P. 334-336.
5. Rosenow E. S. III Techniques of Esophageal Dilatation / E. S. Rosenow // -In: Payne W.S., Olsen A.M. (eds.): The esophagus. Philadelphia: Lea Febiger, – 1974. – P. 55-64.

УДК 616.1-02-612.393.1

ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИстую СИСТЕМУ

Федак Е. В., Столбиков Ю. Ю.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра пропедевтики внутренних болезней*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Карпухина Е. О.

В России наблюдается неуклонный рост заболеваемости алкоголизмом. Алкоголь оказывает повреждающее действие на все жизненно важные органы и системы организма, в связи с чем прогноз данного заболевания во многом зависит от структурно-функционального состояния соответствующих органов-мишеней. Сердечно-сосудистая система одной из первых реагирует на токсическое действие этанола. Несмотря на то, что классическая алкогольная кардиомиопатия с явлениями тяжелой сердечной недостаточности встречается крайне редко, риск развития внезапной аритмической смерти у лиц, злоупотребляющих алкоголем, достаточно высок. При этом жизнеопасные аритмии могут развиваться даже при отсутствии грубых морфологических изменений сердца на этапе бытового пьянства при острой алкогольной интоксикации. У большинства из этих пациентов клиническое течение алкогольного поражения сердца является практически асимптомным, поскольку фатальные нарушения ритма сердца носят, как правило, скрытый характер. В связи с вышеуказанными причинами в реальной клинической практике диагноз острого алкогольного поражения сердца выставляется крайне редко, и, как следствие, данная группа пациентов остается без адекватного лечения. Негативная эпидемиологическая ситуация, связанная с алкоголизмом, указывает несомненную актуальность данной проблемы.

Цель работы: оценить действие алкоголя на изменения сердечно-сосудистой системы в зависимости от пола, стажа употребления алкоголя, дозы спиртных напитков.

Задачи работы:

- 1) Выяснить влияние алкоголя на сердечно-сосудистую систему.
- 2) Выявить структурные и функциональные изменения в сердце.

Обследовано 40 пациентов, проходивших лечение в токсикологическом центре ГКБ№6 им.Н.С.Карповича. Для выполнения работы было проведено анкетирование пациентов, клиническое обследование, интерпретация ЭКГ. Вопросы анкеты составлялись нами под руководством преподавателя. Вопросы включали в себя выявление социального положения пациентов, стажа употребления алкоголя, оценку эмоциональной сферы, семейных отношений. Клиническое обследование включало изучение анамнеза, а именно, выявление сердечно-сосудистых заболеваний, обследование внутренних органов. Регистрация ЭКГ проводилась дважды: при поступлении в отделение и перед выпиской из стационара.

Нами были выявлены следующие результаты: из всех обследуемых 70% составляли мужчины, 30% женщины. При этом возраст мужчин составлял от 21 до 69 лет, женщин от 30 до 50 лет. Среди них встречались люди самых разнообразных профессий, как со средним, средне-специальным, так и с высшим образованием. В 80% обследуемые предпочитают употреблять водку, коньяк, самогон, лишь в 20% пиво, вино, шампанское.

Чаще всего почти в 90% случаях предпочитают употреблять алкогольные напитки в компании друзей, в 10% в одиночку. Алкоголь на всех действует по-разному: в 50% у обследуемых употребляли для поднятия настроения, в 20% помогал забыться, в 15% помогал избавиться от физической боли и в 15% никак не действует, помогает просто уснуть. Так же мы попытались выявить, как сами обследуемые считают нужно пить меньше или нет. В 60% обследуемые не считают, что нужно пить меньше, только в 20% считают, что нужно употребить меньше алкоголя, в 10% случаев ответили что может быть и нужно употреблять меньше и в 10% затруднились ответить на поставленный вопрос. Пытались выяснить является ли употребление алкоголя наследственным, в 90% в семьях обследуемых не было лиц страдающих алкогольной зависимостью, в 10% были лица страдающие алкоголизмом.

В 90% случаев люди злоупотребляющие алкоголем отмечали у себя раздражительность, в 90% наблюдалось снижение работоспособности, в 40% тревожность, навязчивые страхи, в 30% случаев обследуемые отмечали у себя подозрительность, в 10% были суицидальные попытки. В 70% обследуемые связывают употребление алкоголя с финансовыми трудностями, в 40% с несчастными случаями произошедшими в их семье, в 20% с автомобильными авариями. При этом в 80% случаев у обследуемых нет жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы, и только в 20% случаев отмечают боли в сердце.

Со стороны сердечно-сосудистой системы у обследуемых нами были выявлены следующие нарушения: в 70% отмечается ишемическая болезнь сердца, в 40% прогрессирующая стенокардия, в 30% стабильная стенокардия, в 30% гипертоническая болезнь, в 10% сердечная недостаточность и в 10% аортальный стеноз, недостаточность митрального клапана.

Вывод: наиболее часто алкогольное поражение сердца приходится дифференцировать с ишемической болезнью сердца, особенно у возрастных пациентов, что диктует необходимость частого использования нагрузочных проб (велоэргометрия, стресс-эхоКГ и др.). У людей злоупотребляющих алкоголем, те или иные болезни сердечно-сосудистой системы наблюдаются в несколько раз чаще, чем у непьющих. Наиболее распространенное из них - алкогольная кардиомиопатия,

характеризующаяся болью в области сердца, тахикардией. Человек быстро утомляется, снижается его работоспособность, он становится раздражительным, тревожным. Доказано, что заболевания сердечно-сосудистой системы, у лиц, злоупотребляющих алкоголем, протекают значительно тяжелее, чем у непьющих. В первую очередь это относится к ишемической болезни сердца. Инфаркты миокарда у людей, злоупотребляющих спиртным, отличаются глубиной и обширностью. Доказана зависимость между употреблением алкоголя и гипертонической болезнью.

УДК 616.314 – 002 – 036.2 – 053.4 - 084

ЗАВИСИМОСТЬ ИНТЕНСИВНОСТИ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КАРИОЗНОГО ПРОЦЕССА У ДЕТЕЙ 5-6 ЛЕТ ОТ УРОВНЯ ИХ САНИТАРНОЙ КУЛЬТУРЫ В ОБЛАСТИ СТОМАТОЛОГИИ

Федоров В. А., Калашникова Т. В., Золотухина В. М., Барашук О. А., Кравцова А. А., Тогочиева Д.П.–Д., Кузьменко А. П., Червоненко Е. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом ПО, ортопедической стоматологии*

Научные руководители: к.м.н. Шульмин А. В., д.м.н. Манашев Г. Г.

Актуальность темы: Кариес древнейшее и самое распространенное заболевание.

Риск развития кариеса зависит от факторов: образа жизни, условий окружающей среды, наследственности и системы здравоохранения.

Особенности поражаемости кариесом.

1. Географические особенности. Поражаемость кариесом в разных странах различна. По данным ВОЗ, в Болгарии она составляет 91%, в США – 99%, в Гвинее – 33 – 64%, в Нигерии – 2%. В России распространенность кариеса колеблется от 60 до 98%. Подобную неравномерность в распространении кариеса на земном шаре ученые связывают с особенностями климата, рельефа местности, характера выпадающих в данной области осадков, содержанием микроэлементов и минеральных солей в воде и почве.

2. Питание. Натуральная пища, богатая витаминами, овощи, фрукты, правильное соотношение белков, жиров и углеводов обеспечивают более высокую устойчивость к кариесу. У сельского населения распространенность и интенсивность кариеса значительно меньше, чем у городского, за счет употребления в пищу натуральных продуктов. Характер питания складывается под влиянием национальных особенностей, исторических условий. Благоприятна менее рафинированная пища. Кулинарная обработка продуктов питания, употребление консервантов, различных синтетических добавок увеличивают поражаемость кариесом. Наибольшую опасность для развития кариеса представляет избыток в пище углеводов, особенно рафинированных сахаров.

3. Социальные факторы нередко оказывают влияние на распространенность кариеса. Существует ряд профессиональных вредностей, воздействующих на эмаль зуба. К ним относятся производство кислот и щелочей, отходы кондитерской промышленности, отходы производства, связанные с солями тяжелых металлов, и др. Урбанизация также повышает распространенность и интенсивность кариеса зубов. Определенную роль играют обеспеченность врачебными кадрами и общая культура населения.

4. Существенное влияние на распространенность и интенсивность кариеса оказывает возраст. Как правило, у детей до 2-х лет кариеса не бывает. После 2-х лет распространенность кариеса увеличивается, достигая к 12 годам примерно 60% и выше. До 40 лет она удерживается на высоком уровне, после чего постепенно снижается.

5. Перенесенные и сопутствующие заболевания (ревматизм, рахит, туберкулез и др.) способствуют развитию кариеса. Когда подобные заболевания перенесены в раннем детском возрасте, нарушается правильное формирование тканей зубов, они становятся более восприимчивы к кариесу.

6. В качестве управляемых факторов нами исследованы уровень санитарной культуры, который определяет обрабатываемость населения за стоматологической помощью, знания и соблюдения гигиенических навыков, спектр средств ухода за полостью рта.

Цель исследования: Выявление зависимостей между интенсивностью и распространенностью кариозного процесса у детей 5-6 лет от уровня их санитарной культуры в области стоматологии.

Задачи исследования:

1. Исследовать степень интенсивности и распространенности кариозного процесса у детей 5-6 лет посещающих МДОУ г. Красноярска.

2. Установить значимость санитарного просвещения и проведения профилактических мероприятий и обосновать необходимость увеличения частоты и объема проводимых мероприятий.

Материалы и методы: Объект исследования стоматологический статус детей в возрасте 5-6 лет.

Единица наблюдения ребенок 5-6 лет посещающий детский сад и их родители.

Объем исследования: Нами было осуществлен стоматологический осмотр и анкетирование 150 детей 5-6 лет посещающих МДОУ г. Красноярск, центрального района.

Результаты исследования. В ходе проведения работы нами было установлено следующее:

Лишь 8% детей в возрасте 5 – 6 лет являются санированными и не требуют лечения у врача стоматолога, 92% детей в свою очередь нуждаются в санации. Причем 34,05% детям из нуждающихся в санации – необходимо лечение у стоматолога-хирурга, либо стоматолога-ортодонта. Что свидетельствует о значительной распространенности кариозного процесса у данной группы населения г. Красноярска.

Для сравнительной оценки заболеваемости кариесом нами использована классификация ВОЗ (1980) предложило выделять 5 степеней пораженности в зависимости от числа разрушенных, отсутствующих и пломбированных зубов (КПУ).

- очень низкая 0,0-1,1
- низкая 1,2-2,6
- умеренная 2,7-4,4

- высокая 4,5-6,5
- очень высокая 6,6 и более

В нашем случае процентное соотношение детей нуждающихся в санации распределилось по категориям следующим образом.

- очень низкая 4,79%
- низкая 7,53%
- умеренная 30,82%
- высокая 27,40%
- очень высокая 29,45%

Что позволяет нам судить о том, что основная масса детей нуждающихся в санации относятся к умеренной, высокой и очень высокой степени пораженности кариесом.

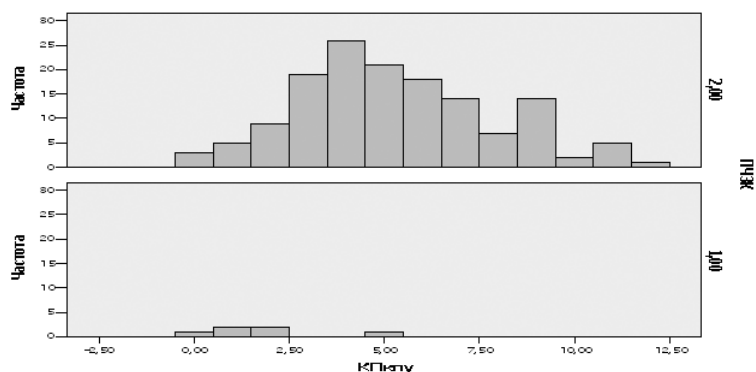


Рис. 1. – Зависимость показателя КПпу от наличия (1) или отсутствия (2) мануальных навыков (ПЧЗК)

Если рассматривать мануальные навыки детей 5-6 лет (рис. 1), то всего 4% обладают необходимыми мануальными навыками по очистке полости рта. Причем при проведение анализа удалось установить, что в среднем на каждого ребенка из данной группы приходится по 1,33 пораженных зуба, в то время, когда у детей не имеющих должных мануальных навыков на каждого ребенка в среднем приходится по 5,32 пораженных зуба. Причем следует отметить, что среди шести детей обладающих необходимыми мануальными навыками один ребенок не имеет пораженных зубов; двое имеют по одному пораженному зубу; двое – по два; один – пять.

На гистограмме расположенной сверху, мы можем наблюдать распределение частоты и интенсивности КПУ у детей, не обладающих должными мануальными навыками по уходу за гигиеной полости рта. На нижней же гистограмме приведено распределение детей обладающих необходимыми навыками.

Распространенность кариозного процесса у детей 5-6 лет, имеет выраженную зависимость от наличия мануальных навыков у детей.

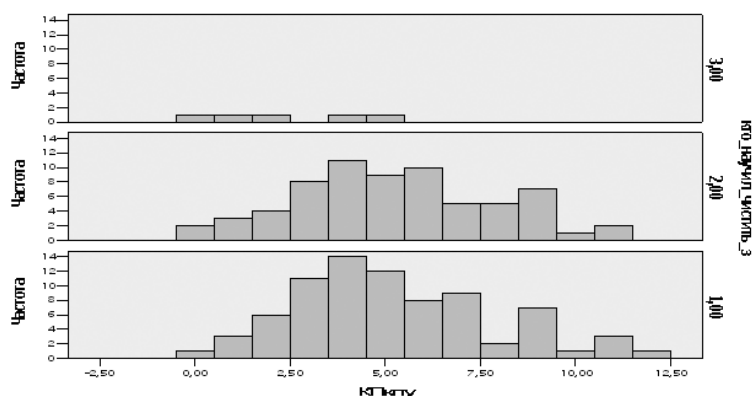


Рис. 2. – Зависимость показателей КПпу от источника получения основных гигиенических знаний (1 – самообучение, 2 – родители, 3 – врач стоматолог)

Если же рассмотреть вопрос, о том, кто обучает ребенка рациональной гигиене полости рта, то мы можем наблюдать следующую зависимость, дети, которые «сами» обучались чистке зубов и те, которых обучали родители, имеют среднее значение КПУ равное 5. Те же дети, в обучение которых мануальным навыкам участвовали врачи-стоматологи, имеют среднее значение КПУ равное 2, это свидетельствует о ярко выраженном влиянии знаний о рациональной гигиене полости рта, на состояние стоматологического здоровья детей.

На гистограмме видно распределение частоты и интенсивности КПУ у детей 5-6 лет. На верхнем графике можно наблюдать распределение КПУ у детей, обучением мануальных навыков которых занимались врачи-стоматологи. На 2, 1 графиках мы можем видеть распределение детей обучением методики чистки зубов занимались родители и «сами» дети.

Следовательно, значение имеет не только мануально развитый навык, но и знания по рациональной гигиене полости рта.

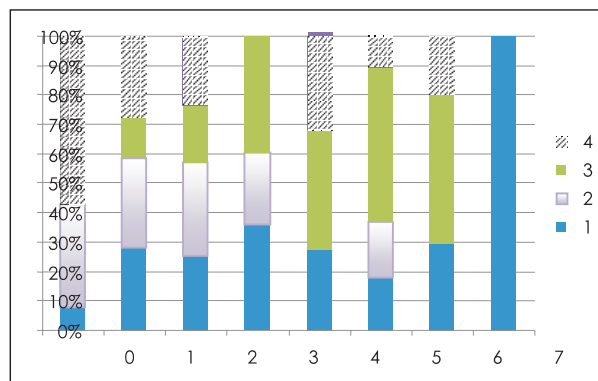


Рис. 3. – Зависимость КПУ и отношения к посещению врача стоматолога

Так же нами был изучен вопрос частоты и интенсивности КПУ в зависимости от частоты посещения детьми врача-стоматолога. Были рассмотрены, изучены и проанализированы четыре группы детей (рис. 3).

Группа «1» - это дети, которые посещают стоматолога только при возникновении болевых ощущений. Явных зависимостей в этой группе выявить не удалось.

Группа «2» - дети, которые не обращаются к стоматологу, по причине того, что их ничего не беспокоит. В данной категории видим следующую зависимость, с увеличением количества КПУ, процент детей в этой группе уменьшается.

Группа «3» - дети, которые не посещают врача стоматолога по причине того, что боятся докторов. Для данной группы детей характерно, увеличение процентного количества детей с увеличением КПУ.

Группа «4» - дети, которые не зависимо от самочувствия посещают врача-стоматолога минимум два раза в год. Для данной группы характерно снижение процентного количества детей с увеличением значения индекса КПУ.

Значимыми результатами можно считать, увеличение процентного количества детей в третьей группе с приростом значения КПУ и уменьшение процентного количества детей в четвертой группе с приростом значения КПУ. Что свидетельствует о том, что профилактическое посещение врача-стоматолога предотвращает развитие кариозного процесса.

Выводы:

В результате проведенного исследования мы пришли к выводу: что интенсивность и распространенность кариозного процесса среди детей 5-6 лет посещающих МДОУ г. Красноярск, является крайне высокой. Внедрение, поддержание и усовершенствование программ повышающих уровень знаний в вопросах гигиены полости рта и профилактики стоматологических заболеваний, обучение населения стандартной методике чистки зубов и проведение плановых стоматологических осмотров может существенно улучшить сложившуюся ситуацию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Персин Л.С., Елизарова В.М., Дьякова С.В. Стоматология детского возраста. – изд. 5 – е, перераб. и доп. - М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006.
2. Железный П.А., Бородин Т.В., Ануфриева О.И., Базин А.К. Терапевтическая стоматология детского возраста: учебное пособие. – Новосибирск, 2007.

УДК 618.3:618.14-006.36

СОВРЕМЕННАЯ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ

Федюнина А. Н.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета*

Научный руководитель: д.м.н., проф. Цхай В. Б.

В последние годы в ведущих зарубежных и российских акушерско-гинекологических клиниках приоритетным направлением является органосохраняющая хирургия, в том числе и при миоме матки. В тоже время, по данным А.Т. Егоровой (2001) за пять лет в г. Красноярске во время операции кесарева сечения было произведено 130 гистерэктомий. При этом в структуре показаний для гистерэктомии ММ занимала первое место – 32,4%, опережая послеродовые кровотечения – 21,6%, разрыв матки – 21,6%, вращение плаценты – 18%, ДВС-синдром – 13,5%, гнойно-септические осложнения – 10,8%.

Проведенный ранее В.Б. Цхай и О.А. Ермошкиным (2003) анализ частоты операции консервативной миомэктомии во время кесарева сечения показал, что в 2002 году в родильном доме №5 г. Красноярска эта операция выполнялась только в 9,5% случаев, в то время как в ведущих клиниках Москвы значительно чаще – в 50 – 86,2% случаев.

Результаты собственных исследований. С 2000 года одним из приоритетных научных направлений кафедры перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета является разработка органосохраняющих оперативных методов лечения женщин репродуктивного возраста с миомой матки, а также методик, направленных на снижение рецидивов этого заболевания у молодых женщин репродуктивного возраста, подвергшихся оперативному лечению в объеме консервативной миомэктомии.

Только в 2008 году на 3-х клинических базах нашей кафедры было произведено 30 гистерэктомий после 9497 родов (общий показатель 0,31%). В качестве основного показания для гистерэктомии у 12 женщин была миома матки, что составило 40% (в каждом роддоме по 4 случая). При этом, если в роддоме №4 и №5 частота ММ в структуре гистерэктомий составляла – соответственно 26,6% и 40%, то в роддоме №1 – 80%.

В 2008 году в роддоме №5 было родоразрешено 57 женщин с ММ, что составило 1,3% от числа всех родов. В 50,8% случаев (у 29 женщин) методом родоразрешения была операция кесарева сечения. Произведена 21 операция консервативной миомэктомии во время кесарева сечения, что составило 72,4% от всех прооперированных женщин с ММ (показатель стал сопоставим с данными ведущих клиник страны (50 – 86%). Для сравнения – в 2002 году этот показатель составлял всего 9,5%. Следует отметить, что во многих случаях выполнялись технически сложные органосохраняющие операции (при крупных – более 10 см и гигантских узлах – более 15 см, узлах на широком основании и с центрипетальным ростом, множественных узлах, низко расположенных узлах и интралигаментарных, узлах с выраженными признаками нарушения трофики и некрозом).

Нами был проведен ретроспективный анализ течения беременности, родов и послеоперационного периода у 21 пациенток, которым во время кесарева сечения выполнено удаление миоматозных узлов. У 20 пациентки выявлена экстрагенитальная патология: нарушение жирового обмена 2-3-й степени - у 2 (9,5%) женщин, сосудистая дистония - 4 (19%), гипертоническая болезнь - 2 (9,5%), миопия - 5 (22,8%), хронический пиелонефрит - 3 (14,2%), язвенная болезнь желудка - у 2 (9,5%) обследованных.

При анализе гинекологического анамнеза были получены следующие результаты: бесплодием различного генеза страдали 5 (23,8%) женщин, у 3 (14,2%) был хронический аднексит, у 4 (19%) - эндометриоз различной степени выраженности.

Искусственные аборты в анамнезе отмечены у 9 пациенток (42,8), причем у 4 - два аборта и более; самопроизвольные аборты - у 3 женщин, из них у 2 - привычное невынашивание.

Показатели менструальной функции у всех были в пределах физиологической нормы.

Беременность протекала с осложнениями практически у половины (9) женщин. Наиболее частым осложнением был гестоз первой и второй половины беременности, так же отмечается угроза прерывания беременности, в процентном отношении преобладавшая у беременных с большими миоматозными узлами.

Распределение по возрасту женщин с ММ (в 2008 году) было следующим: до 25 лет – 7,01% (4 случая); 26-30 лет – 31,57% (18); 31-40 лет – 59,64% (34); 41 год и более – 1,75% (1).

В тех случаях, когда во время кесарева сечения проводилась консервативная миомэктомия у 16 женщин (76,19%) миоматозный узел был единичный, у 5 женщин (24,8%) количество узлов было от 2 до 4. При этом в 61,9% случаев (у 13 женщин) размеры миоматозных узлов были менее 5 см, а в 38,1% случаев (у 8 женщин) – от 5 до 10 см. Субсерозная локализация узлов отмечалась в 52,38% случаев (у 11 женщин), интерстициальная (интерстициально-субсерозная) – в 61,9% (у 13 женщин), интерстициально-субсерозная с центрипетальным ростом (потребовавшая удаление узла со вскрытием полости матки) – в 14,2% (у 3 женщин).

Анализ 8 случаев, когда во время операции кесарева сечения не проводилось удаление миоматозных узлов, показал, что во всех этих случаях встречались единичные небольшие миоматозные узлы размерами до 3 см, расположенные чаще интерстициально 62,5%, реже – субсерозно 37,5%.

Анализ 28 случаев, когда роды у женщин с миомой матки велись консервативно, показал, что в подавляющем большинстве случаев встречались единичные (в 75% случаев) небольшие миоматозные узлы размерами до 3 см (в 92,8% случаев).

Таким образом, результаты проведенного исследования среди беременных с миомой матки позволяют нам прийти к следующим выводам.

1. Установкой медицины сегодняшнего дня является органосохраняющий подход при выполнении акушерско-гинекологических операций у женщин репродуктивного возраста.

2. Современные оперативные технологии у молодых женщин репродуктивного возраста с миомой матки (даже множественными, больших размеров и сложной локализацией) позволяют выполнять органосохраняющие операции в объеме консервативной миомэктомии, сохраняя тем самым менструальную и репродуктивную функцию.

3. При проведении операции консервативной миомэктомии, в том числе у женщин во время кесарева сечения, для уменьшения частоты рецидивов миомы матки необходимо стремиться к максимально возможному удалению всех миоматозных узлов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Егорова А.Т. Расширение объема оперативного вмешательства при кесаревом сечении по материалам родильных домов г. Красноярска за 5 лет // Вестник перинатологии, акушерства и гинекологии. – Красноярск, 2003. – С.306-314.
2. Кулаков В.И., Шмаков Г.И. Миомэктомия и беременность – М: МЕДпресс – информ, 2001. – 344 с.
3. Маринкин И.О., Пушкарев Г.А. Абдоминальное родоразрешение при фибромиомах матки // Мать и дитя: Материалы первого регионального научного форума. – Казань, 2007. – С.103-104.
4. Цхай В.Б., Ермошкин О.А. К вопросу о допустимости консервативной миомэктомии во время операции кесарева сечения // Вестник перинатологии, акушерства и гинекологии. – Красноярск, 2003. – С.306-314.

УДК 614.253.4:615.851.11 (079.5)

ОТНОШЕНИЕ МОЛОДЕЖИ К СУГГЕСТИВНЫМ МЕТОДАМ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Фетисова Е. С., Дмитриева Т. Н.

*Читинская государственная медицинская академия
Кафедра гуманитарных наук с курсом педагогики и психологии
Научный руководитель: ст. преп. Бальчинова Д. Г.*

В настоящее время альтернативные виды медицины, такие как гомеопатия или акупунктура стали применяться очень широко. Однако, к гипнотерапии люди относятся все еще с предубеждением, т.к. отношение к нему неоднозначное: кто-то вообще настороженно относится ко всем суггестивным методикам, а иные требуют от врача «полечить их непременно гипнозом». Одни говорят, что гипноз-это дар свыше, а другие зазывают научиться гипнозу любого желающего... И опасение, и благоговение перед гипнозом основаны на том, что вокруг этой методики сейчас напустили достаточно тумана и покрыли ее густым облаком тайны.

Начнем с того, что гипноз - не явление, а состояние. Если быть совсем точным – «состояние человека, вызванное искусственно с помощью внушения». Люди поддаются этому внушению в разной степени. Здесь принято говорить о такой характеристике личности, как гипнабельность - то есть способность индивидуума подвергаться гипнотическому воздействию. Гипнабельность в той или иной степени есть у каждого. Вести индивидуальный сеанс гипноза во много раз сложнее, чем работать в большой аудитории. У каждого человека в большой толпе гипнабельность становится выше, потому что на него воздействуют окружающие. Это так называемое явление «взаимной суггестии».

Это можно подтвердить на опыте, причем эксперименты бывают очень наглядными. Например, в большой аудитории кусочек ваты смачивается какой-то жидкостью. При этом сообщается: «Сейчас начнет распространяться достаточно сильный неприятный запах. Кто почувствует его - прошу поднять руку». Проходит несколько минут, и в первых рядах начинают подниматься руки. Их все больше и больше... Наконец вся аудитория сидит с поднятыми руками: некоторые свободной рукой зажимают нос. На самом же деле пресловутая ватка не издает вообще никакого запаха: в этом впоследствии может убедиться каждый желающий во время массовых сеансов.

Гипноз активно и успешно применяется при лечении избыточного веса и ожирения, неврозов всех форм, заикания, депрессии, страхов, отсутствия аппетита, перепадов настроения, ощущения одиночества, паники и тревоги. В медицинской практике гипноз применяется для лечения психосоматических заболеваний, таких как язвенная болезнь, гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, удушье, повышенное потоотделение, жар или озноб, излишняя сонливость, тошнота и головокружение. Эффективность выздоровления при использовании гипноза зависит от многих факторов, в первую очередь включающих сложность и глубину болезни, а затем продолжительность сеансов и глубину гипноза. Набор современных методов гипноза (компьютерный, вербальный, звуковой гипноз) позволяет найти нужную комбинацию способов введения пациента в гипноз для наилучшего выздоровления.

При помощи гипнотических сеансов пациенты избавляются от различных видов зависимостей. Несмотря на универсальность метода, есть свои противопоказания. Наиболее важными и абсолютными из них являются любые острые соматические состояния, например, инфаркт миокарда, инфекции в сопровождении с высокой температурой.

Человек подвержен внушению не только на сеансах гипноза, но и в процессе общения. Внушение – это один из способов влияния, который действует прямо и непосредственно на психическую сферу другого лица путем мимики, уговора, взволнованной речи и т.д. Надо иметь в виду, что вопреки словесному убеждению, действующему на другого человека силой логики и доказательств, внушение действует путем непосредственного прививания психических состояний (ощущений, чувств), не нуждаясь в логике. Пути для передачи психических состояний многочисленны и разнообразны, нежели пути для передачи мыслей путём убеждения. В отличие от гипноза, внушение производится и в состоянии бодрствования. Отсюда, внушение играет большую роль в воспитании, управлении и манипуляции. Но провести резкую грань между внушением в обычном, бодром состоянии и внушением в гипнозе весьма трудно, так как и в том и в другом случае имеет место процесс торможения в коре мозга, однако этот процесс протекает в каждом отдельном случае по-разному.

Внушение - это явление, которое играет ведущую роль при всех психотерапевтических воздействиях врача на больного. Поэтому, в медицинской практике основой такого воздействия является слово врача. Однако далеко не всякое слово врача является терапевтическим, лечебным. Если оно сказано врачом бездумно, то может оставить больного безучастным, не затронуть его. Слово врача может лечить больного тогда, когда оно несет полезную информацию, когда способно воодушевить больного, ободрить или принести успокоение.

В настоящее время существует много методик психотерапии. Главные из них: рациональная (разъяснительная) и суггестивная (суггестия - внушение) психотерапия. Под рациональной понимают логически обоснованную или разъяснительную психотерапию, которая осуществляется при деятельном состоянии коры головного мозга, без гипнотического ее торможения.

Под суггестивной психотерапией понимают способ психического воздействия врача на больного с помощью словесного внушения либо в бодром состоянии больного, либо в состоянии гипноза.

Известно, что человек может настроить себя на тот или иной лад, внушить себе мысли и образы. Самовнушение представляет собой процесс осознанного или неосознанного воздействия на подсознание. Неосознанным самовнушением мы занимаемся постоянно, и обычно оно является негативным. А осознанное же воздействие выступает основным средством работы над собой в самосовершенствовании. По существу все методы самосовершенствования основаны на самовнушении. На протяжении многих веков самовнушение использовалось в различных сферах деятельности человека: в религии, искусстве, педагогике, медицине. Самовнушение лежит в основе аутогенной тренировки, йоги, буддизма, даосизма и других систем совершенствования личности.

Эффективность самовнушения зависит от силы мысли и степени расслабления. Мысли можно разделить на пассивные и активные. Пассивные мысли (случайные, разбросанные, вяло текущие) оказывают слабое воздействие, зато активные мысли (создаваемые сознательно и целенаправленно) сильно воздействуют на мыслителя, и сила воздействия пропорционально зависит от силы мысли. Следует отметить, что и определенные пассивные мысли, если они являются преобладающими в течение длительного времени, оказывают значительное влияние. Установки подсознанию могут быть выражены в виде слов или в виде мысленных представлений. Одновременное использование словесных формул и соответствующих им мысленных представлений усиливают самовнушение.

С целью изучения отношения молодежи к данной проблеме нами было проведено социологическое исследование в форме анкетирования. Анкета состояла из трёх частей, включающих исследуемые понятия: гипноз, внушение и самовнушение. Количество респондентов составило 248 человек в возрасте от 17 до 25 лет, из которых 146 девушек и 102 юношей.

В ходе исследования решались задачи – выявить степень информированности по данной проблематике, готовность применять методы гипноза, внушения и самовнушения в различных областях и сферах деятельности.

В результате проведенного исследования было выявлено, что 50% респондентов имеют представление о методике гипноза и источниками информации называют СМИ, учебную литературу, периодические издания (журналы, газеты и т.д.), лекции профессора Б.И.Кузника, рассказы знакомых. На вопрос «Подвергались ли Вы когда-нибудь гипнозу?» ответили утвердительно 63 человека, что составляет 25%, отрицательно – 162 человека (65% соответственно). Изъявили желание побывать в состоянии гипноза 21 чел.(9%), не хотят подвергнуться 184 чел.(74%), не знают 43 чел.(17%), из чего следует, что преобладает боязнь перед этим «таинственным» явлением.

Но, на вопрос об отношении к гипнозу как к методу получения информации положительно ответили 133 респондента (54%), отрицательно – 115 чел.(46%). Что касается применения данного метода в медицинской практике, то большинство анкетированных (132чел. – 55%) ответило «не знаю», «да» - 69 чел.(27%), «нет» - 47 чел.(18%). Это следует из-за недостаточной информированности применения метода в медицине.

Несмотря на это, большинство (112 чел. – 46%) разграничивают понятия «гипноз» и «внушение». Причем 144 респондента (58%) считают СМИ одним из средств внушения, приводя в качестве примера рекламу, аналитические программы, не уверены – 71 чел.(29%). Большая часть опрошенных (129 чел. – 52%) к средствам внушения относят предвыборную агитацию, рекламу и т.п., «нет» считают 60 чел.(25%).

На вопрос о манипуляции людьми в повседневной жизни путем внушения положительно ответили 131 чел.(52%), отрицательно – 87 чел.(35%), не выявили свое отношение - 30 чел.(13%). Большинство (187 чел.-75%) считает, что каждый человек подвержен внушению и степень внушаемости зависит от характера человека, типа личности, обстоятельств, психического состояния. Также 77% (192 чел.) считают внушение одним из средств взаимоотношений врача с пациентом, 15% (37 чел.) – «нет».

Выявляя степень важности для человека самовнушения, получены следующие данные: «да» - 16 чел.(6%), «нет» - 40 чел.(17%), «не знаю» - 192 чел.(77%). Отсюда следует слабая работа по самосовершенствованию себя, юношеский максимализм в признании своих возможностей при достижении целей. В качестве факторов, влияющих на степень самовнушаемости, называются тип высшей нервной деятельности, психическое состояние, цели и идеалы и т.д. Из 248 человек, участвовавших в исследовании, 186 респондентов (75%) считают, что более подвержены самовнушению женщины в силу устройства их психического статуса, а 62 чел.(25%) полагают, что – мужчины, в зависимости от внутреннего мироощущения и внешних стремлений. На вопрос «Можно ли считать самовнушение одним из методов исцеления?» положительно ответили 99 участников (40%), отрицательно – 37 чел.(15%), «не знаю» - 112 чел.(45%). Следовательно, большинство полагается на методы традиционной медицины.

Анализ полученных данных позволяет сделать следующие выводы:

1. Половина респондентов, участвовавших в анкетировании, имеют представление о данной проблематике. Остальная часть опрошенных вследствие недостатка информации, и «ореола таинственности», и страха перед неизведанным ответили отрицательно или «не знаю».

2. Методика гипноза интересна многим, но в тоже время представляется трудной, и ею могут пользоваться только специалисты.

3. Внушение и самовнушение в определенных рамках помогают достичь своих целей, и зависят от многих факторов, среди которых можно назвать тип нервной регуляции, психическое состояние, внешние условия и т.д.

4. Гипнабельность присутствует в той или иной мере у каждого человека, но выше этот показатель у представительниц женского пола, т.к. они более восприимчивы и эмоциональны, чем мужчины.

В заключение можно сказать, что выбранная тема не может быть в полной мере исчерпана в рамках одного исследования, т.к. она всеобъемлюща. Но некоторые аспекты этой сложной темы мы постарались раскрыть в проведенном исследовании.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Алман Брайан М., Ламбру Питер Т. Самогипноз. Руководство по изменению себя. – М., Класс, 1995.
2. Беккио Ж. Жюслен Ш. Новый гипноз. Практическое руководство. – М., Класс, 2005.
3. Брэг Р. Гипноз. Самоучитель.
4. Васильев Л. Л. Внушение на расстоянии. Заметки физиолога. М. Госполитиздат 1962.
5. Гордеев М. Н. Классический и эриксоновский гипноз. – М., Издательство института психотерапии, 2001. Брэг Р. Гипноз. Самоучитель.
6. Иванов-Смоленский А. Г. Опыты мысленного воздействия на животных // Вопросы изучения и воспитания личности. Под ред. Академика В. М. Бехтерева. Петроград. ГИЗ. 1920.
7. Китаев Н. Н. Гипноз и преступления
8. Эриксон Милтон, Эрнест Росси Человек из февраля. Гипнотерапия и развитие самосознания личности. – М., Класс, 1995.
9. Эриксон Милтон Мой голос останется с вами. – СПб.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2005.
10. Эриксон Милтон, Росси Э., Росси Ш. Гипнотические реальности. Наведение клинического гипноза и формы косвенного внушения. – М., Класс, 2005.

УДК 615.1:614.2

АНАЛИЗ ХАРАКТЕРНЫХ НАРУШЕНИЙ ЛИЦЕНЗИОННЫХ ТРЕБОВАНИЙ И УСЛОВИЙ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Филимонова Т. В.

Уральская государственная медицинская академия

Кафедра управления и экономики фармации

Научный руководитель: ст. преп. Маслова В. А.

За последние пять лет была сформирована новая система органов государственного контроля (надзора) в сфере фармацевтической деятельности; разработаны нормативные документы, регулирующие отношения в сфере фармацевтической деятельности; установлены единые правила лицензирования, отрегулировано применение контролирующими органами мер административного воздействия в отношении правонарушителей. В связи с большим количеством новой информации возникает множество вопросов и противоречий в нормативно – правовой базе, регламентирующей обращение лекарственных средств. Результатом незнания (или неправильного понимания) нормативной документации являются нарушения лицензионных требований и условий, что создает угрозу жизни и здоровью граждан, безопасности государства.

Цель исследования: Определение типичных ошибок при подготовке документов к лицензированию и выявление характерных нарушений лицензионных требований и условий при осуществлении фармацевтической деятельности.

Материалы и методы исследования. Проведена экспертиза документов 12 соискателей лицензии на фармацевтическую деятельность за период с сентября по декабрь 2008 года, 5 аптечных организаций, имеющих лицензию на фармацевтическую деятельность, проверены по вопросу соблюдения лицензионных требований и условий. В 23 аптечных организациях г. Екатеринбурга и г. Ревды проведено анонимное анкетирование аптечных работников с целью выявления наиболее часто повторяющихся нарушений.

Результаты исследования и их обсуждение.

1. Нами были выявлены типичные ошибки при подготовке документов к лицензированию:

- Замечания при оформлении заявления:

(несоответствие индекса при указании адреса юридического лица в учредительных и регистрационных документах; неверное указание ОГРН; не всегда адрес аптечной организации взят из Свидетельства о регистрации права собственности).

- Замечания по документам:

(договора аренды, заключенные на срок один год и более, не всегда регистрируются соискателем лицензии в регистрационной палате, часто отсутствует акт приема-передачи, являющийся неотъемлемой частью договора аренды; при оформлении характеристики объекта данные об используемом аптечной организацией оборудовании не соответствуют содержанию технических паспортов (марки холодильников, приборы для измерения температуры и влажности в помещениях, термометры для измерения температуры в холодильниках).

- При оформлении сведений о профессиональной подготовке специалистов фармацевтической организации не верно указываются специальность по диплому, квалификация, данные о наличии сертификата и курсах повышения квалификации, не указывается стаж работы руководителя по специальности.

2. Определены наиболее часто встречающиеся нарушения лицензионных требований и условий -

Постановление Правительства РФ от 06.07.2006 года № 416 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности»

- (в аптечных организациях допускается размещение подразделений, функционально не связанных с указанными в лицензиях видами деятельности (например, оптика, солярий и др.); хранение основного запаса лекарственных средств и других товаров осуществляется в объеме, превышающем имеющуюся емкость специального оборудования, что приводит к нарушению условий хранения (лекарственные средства хранятся совместно с другими группами товаров, разрешённых к реализации через аптеки, в нераспакованных коробках на шкафах, на полу, без соблюдения правил и способа хранения); отмечается использование в аптечных организациях неуполномоченных приборов для измерения температуры и влажности в местах размещения ЛС (гигрометры ВИТ-1), отсутствие термометров в холодильниках; графики учета показателей температуры и влажности воздуха ведутся нерегулярно; отсутствуют шкафы для раздельного хранения уборочного инвентаря, санитарной одежды и верхней одежды, уборочный инвентарь не промаркирован.

- в аптечных организациях лекарственные средства, требующие защиты от света, хранятся на рабочем месте фармацевта в торговом зале на свету; лекарственные средства, требующие защиты от воздействия повышенной температуры, хранятся без соблюдения температурного режима; не соблюдаются требования к хранению лекарственных средств списков «А» и «Б» приказа МЗ и СР № 472 (хранятся в незапирающихся шкафах или на стеллажах); нарушаются условия хранения резиновых изделий и изделий из пластмассы; в аптечных организациях не соблюдаются требования к хранению готовых лекарственных растительных сборов, содержащих эфирные масла; кнопка вызова дежурного администратора находится в нерабочем состоянии;

нарушаются правила отпуска лекарственных средств: в аптечной организации отсутствуют штампы «Рецепт недействителен» и «Лекарство отпущено»; в аптечных организациях минимальный ассортимент лекарственных средств, необходимый для оказания медицинской помощи, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29 апреля 2005 г. N 312 выполнен не на 100%;

не сформирована система организации контроля за соблюдением сроков годности лекарственных средств; не организована карантинная зона для лекарственных препаратов с истекшим сроком годности;

в аптечных организациях не сформирована система управления качеством аптечной организации: не проводятся внутренние проверки на соответствие требованиям ГОСТа 91500.05.0007-2003, не предусмотрена система постоянного повышения профессионального образования сотрудников;

- выявлено нарушение требований о запрещении продажи лекарственных средств, пришедших в негодность, лекарственных средств с истекшим сроком годности, фальсифицированных лекарственных средств и лекарственных средств, являющихся незаконными копиями лекарственных средств, зарегистрированных в РФ, а также об уничтожении таких лекарственных средств в соответствии со статьей 31 ФЗ «О лекарственных средствах»:

(установлена продажа лекарственных средств с истекшим сроком годности (всего около 42 наименований).

- в ряде случаев руководитель лицензиата, деятельность которого непосредственно связана с приемом, хранением, отпуском, изготовлением и уничтожением лекарственных средств не имеет высшего фармацевтического образования или интернатуры;

- специалисты отдельных аптек не регулярно проходят обучение на курсах повышения квалификации специалистов с фармацевтическим образованием;

3. Замечания по оформлению информации для населения:

неправильно указаны адреса и телефоны органов Управления Здравоохранением и фармацевтической деятельностью, отсутствует ФЗ «О защите прав потребителей»,

не представлены на стенде информации Приказы МЗ и СР № 578, 823, 293.

4. Замечания по организации занятий по изучению нормативно-методической документации

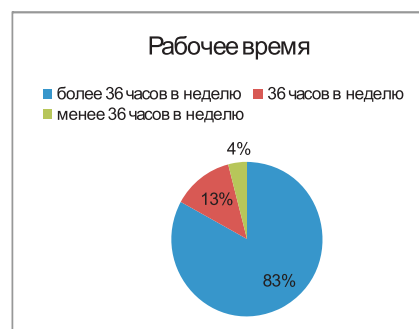
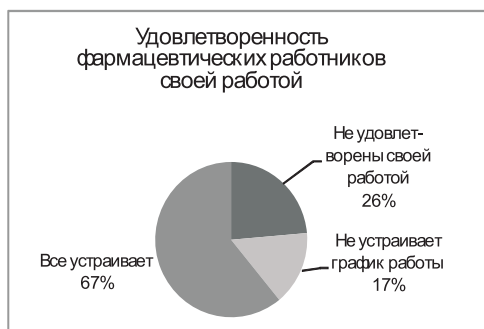
– часто учебы осуществляются формально, фактически фармацевтические работники не изучают нормативную документацию.

5. Замечания по трудовому законодательству

– Правила внутреннего трудового распорядка не переработаны под аптечную организацию, утверждены руководителем юридического лица без согласования на общем собрании, не всегда разработаны Функционально-должностные инструкции на каждую должность отдельно.

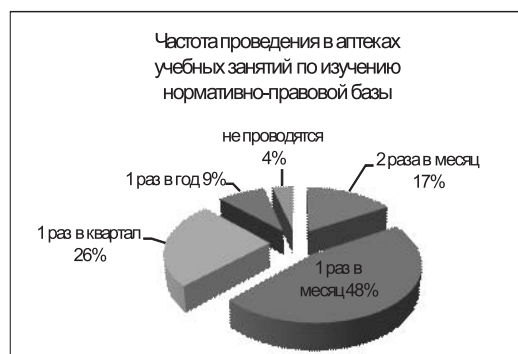
6. Анкетирование фармацевтических работников с целью выявления нарушений лицензионных требований и условий. Всего было опрошено 23 аптечных работника в аптечных организациях г.Екатеринбурга и г. Ревды.

Результаты анкетирования: в опросе приняли участие 17% провизоров, 4% провизоров-интернов, 79% фармацевтов, 22% из которых получают высшее образование. Всего из 152 специалистов, работающих в 23 аптеках 31% имеет высшее фармацевтическое образование, 69% - среднее.

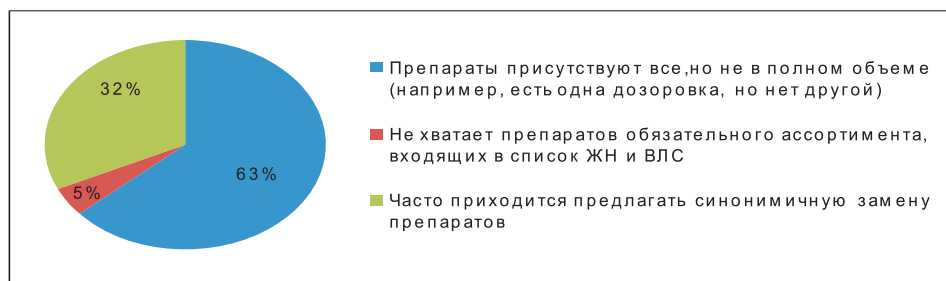


Работодатель оплачивает переработку лишь в 39% случаев. Только 13% опрошенных работников указали, что работодатель оплачивает затраты на проезд (изгородним), 87% респондентов указали на отсутствие оплаты проезда.

У 30% опрошенных работодатель не оплачивает учебные отпуска (работодатель не заинтересован в профессиональном росте своих специалистов). Не удивительно, что число работников со средним образованием почти в три раза превышает число провизоров.



На вопрос «Довольны ли вы ассортиментом аптеки» большинство ответило положительно, лишь 17% ответили, что они не довольны ассортиментом. Из 23 опрошенных специалистов 65% отметили следующее:



30% опрошенных ответили, что не довольны условиями труда, а именно:

- в аптеке нарушено хранение лекарственных препаратов из-за недостатка шкафов, холодильников, маленькая торговая площадь, нет кондиционеров;
- нет условий для сохранности ЛП в торговом зале (работодатель экономит на охране; при этом страдают фармацевты, которые вынуждены покрывать недостачу, выявленную инвентаризацией);
- во многих организациях стоимость препаратов с истекшим сроком годности тоже оплачивают работники (в одной из аптек фармацевты ежемесячно оплачивали нереализованные просроченные лекарственные препараты, и это были в основном дорогостоящие препараты рецептурного отпуска, которые не были реализованы, так как врачи их просто не назначали);
- в аптеку поступает товар с ограниченным сроком годности (как правило, в аптечных сетях товар «залеживается», производят его «перемещение» из одной аптеки в другую, где спрос на этот ЛП выше; но не всегда удается реализовать такой ЛП, и фармацевтов обязывают выкупить эти препараты по более низкой цене);
- нет оборудованной зоны отдыха или комната отдыха есть, но нет перерыва на обед.

На вопрос «Продаются ли в вашей аптеке препараты отдельными блистерами, то есть не целой упаковкой» 10 из 23 опрошенных (43%) ответили положительно, при этом лишь в одном случае из десяти отметили, что ведется журнал лабораторно-фасовочных работ; 57% ответили, что чаще покупают целую упаковку. А значит можно сделать вывод, что в большинстве случаев в аптеках нарушается требование приказа МЗ и СР № 785 от 14 декабря 2005 г. При этом 90% специалистов неправильно понимают приказ № 785, утверждая, что деление упаковок строго запрещено, хотя на самом деле в приказе говорится следующее: «В исключительных случаях при невозможности аптечным учреждением (организацией) выполнить назначение врача (фельдшера) допускается нарушение вторичной заводской упаковки. При этом лекарственное средство должно отпускаться в аптечной упаковке с обязательным указанием наименования, заводской серии,

срока годности лекарственного средства, серии и даты по лабораторно-фасовочному журналу и предоставлением больному другой необходимой информации (инструкция, листок-вкладыш и т.д.). Не допускается нарушение первичной заводской упаковки лекарственных средств».

Выводы

Исследования позволили выявить типичные ошибки при подготовке документов к лицензированию (чаще трудности возникают при оформлении заявления, характеристики объекта лицензирования, договоров аренды, оформления сведений о профессиональной подготовке специалистов) и определить характерные нарушения лицензионных требований и условий при осуществлении фармацевтической деятельности (чаще связаны с нарушением условий и правил хранения и отпуска лекарственных средств, несоблюдение лицензиатом требований о запрещении продажи лекарственных средств, пришедших в негодность, лекарственных средств с истекшим сроком годности, фальсифицированных лекарственных средств).

А проведенное анкетирование дало возможность установить основные предпосылки и причины нарушения лицензионных требований и условий при осуществлении фармацевтической деятельности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. ФЗ «О лекарственных средствах» № 86-ФЗ от 22.06.1998 г.
2. ФЗ «О наркотических средствах и психотропах» № 3-ФЗ от 18.01.98
3. ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» № 128-ФЗ от 08.08.01
4. ПП РФ «Об утверждении Положения о лицензировании ФД» № 416 от 06.07. 2006
5. Трудовой кодекс РФ
6. Приказ МЗ и СР № 785 от 14 декабря 2005 г.

УДК 616.31:312.5

ДИНАМИКА СТРУКТУРЫ ЛЕТАЛЬНОСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Фирсова Т. С., Шевченко Н. И.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра патологической анатомии

Научный руководитель: асс. Полякова А. А.

В течение XX века Россия пережила четыре глобальных демографических кризиса – периода катастрофического снижения рождаемости при одновременной высокой смертности населения. На сегодняшний момент сохраняется проблема высокого уровня мертворождения детей.

Цель исследования: проследить динамику и причины мертворождения по Курской области за период с 1999 по 2006 года.

Материалы и методы: Нами проведен анализ 1063 карт-схем статистического анализа мертворожденных детей по Курской области. В результате обработки было установлено, что пик смертности детей приходится на период с 22 до 27 недель, а также на 39-40 неделях. В первом случае масса плода варьировала в пределах от 500 до 1300 гр., а для более поздних сроков беременности вес составлял 1580 до 3700 гр. Длина плода колебалась от 20 до 59 см.

В большинстве вариантов причиной смерти служила асфиксия плода до 40%, а также врожденные пороки – 33%. Наиболее распространенными пороками служили заболевания центральной нервной системы (43%), сердечно-сосудистой (24%), дыхательной системы (19%) и приблизительно одинаковый процент патологии в развитии кожно-мышечной и мочеполовой систем.

Довольно частой причиной летальности ребенка являлись инфекционные заболевания матери (сифилис, краснуха, ВИЧ, грипп) и общее состояние её здоровья (рубцы матки, возрастная незрелость, алкогольная болезнь, миомы, шизофрения, слепота и др.).

Встречаемость патологии плаценты и акушерский анамнез составили приблизительно одинаковое количество случаев (27 и 26% соответственно).

Результаты: Нами выяснено, что наиболее опасный период в развитии ребенка приходится на период с 22 недели по 27, и на 39-40 неделях. В эти сроки требуется более пристальное внимание врача за здоровьем роженицы и развитием плода. При анализе была выявлена ведущая роль асфиксии как фактора мертворождения. Проводя патогенетическую связь и основываясь на полученные данные, можно утверждать, что в большинстве вариантов патология плаценты являлась причиной асфиксии. В результате чего можно говорить о необходимости внедрять новые методы диагностики и лечения причин, приводящих к асфиксии плода, выявлять группы риска среди женщин, проводить научно-просветительскую работу среди беременных женщин с целью предупреждения развития осложнений.

УДК 616.352-007.253:616-006.31-073.48

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НАГНОИВШИХСЯ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ КИСТ И ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Фролов П. В.

Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель: к.м.н., асс. Шаляпин И. В.

Актуальность темы вызвана частыми рецидивами нагноения параректальных кист после их нерадикального оперативного лечения, которое в свою очередь обусловлено трудностью клинической диагностики из-за схожести, нагноившейся параректальной кисты и острого парапроктита.

Параректальные кисты относятся к порокам развития каудальной части тела и составляют 0,9 % среди проктологических заболеваний. Мы обратили внимание на кистозные образования параректальной клетчатки, т.к. в практическом плане они требуют более четкой диагностики, в связи с тем что, по клиническому течению схожи с острым парапроктитом. Параректальные кисты представляют собой полостное образование, имеющее выраженную капсулу, тугоэластичную консистенцию, умеренную подвижность, не прорастают в окружающие ткани и органы. Форма кист бывает разнообразная: чаще круглая или овальная, реже в виде песочных часов, а также выделяют лентовидные, просвет которых местами колбовидно расширен и значительно сужен, напоминая ожерелье. Кисты могут быть одиночные и множественные, однокамерные и многокамерные. Внутренняя их поверхность выстлана многослойным плоским эпителием, характерным для кожи, а иногда эпителием респираторного и кишечного типа. Содержимое кисты это белесоватые массы слушного эпителия, желтоватый детрит, фибринозно-гнойный экссудат.

По локализации кисты делят на:

1. Внутритазовые (или подбрюшинные), которые могут располагаться:
 - в пресакральной клетчатке
 - по бокам прямой кишки
 - на ректовагинальной перегородке
2. Внетазовые (или промежностные), из которых 60,3 % образований находятся под кожей промежности, а 39,7 % - в ягодичной области.

Размер образований различный – от 1 до 20 см в диаметре и более.

Клинически выделяют 3 стадии течения параректальных кист:

- I. Бессимптомная - длится с момента рождения до обнаружения заболевания.
- II. Проявление симптомов – характерна для не осложненных кистозных образований.
- III. Стадия осложнений, которая встречается наиболее часто и проявляется:
 - нагноением самой кисты и окружающей клетчатки
 - образованием свищей
 - явлениями кишечной непроходимости
 - нарушением мочевыделения
 - неврологическими нарушениями в пояснично-крестцовой области
 - злокачественным перерождением

В связи тем, что больные чаще всего обращаются в третью стадию, стадию осложнения, то приходится дифференцировать параректальную кисту от острого парапроктита. При подкожном расположении параректальной кисты, как и при остром парапроктите, визуально определяется припухлость с гиперемией кожи, болезненность при пальпации. Но при нагноении кисты контуры образования и гиперемия более четкие и выступают над кожей с участком размягчения в центре.

Дифференциальные клинические признаки:

Острый парапроктит	Параректальная киста
Острое начало от 2-х до 4-х дней	Начало заболевание не известно
Общие признаки гнойной интоксикации (температура, озноб и т.д.)	Отсутствуют или слабо выражены
Разлитая боль с иррадиацией связана с актом дефекации	Локализованная боль
Per rectum: воспалительный инфильтрат нечеткой формы с вовлечением стенки кишки, неподвижен, резко болезнен поражена анальная крипта	Per rectum: стенка кишки в воспалительный процесс не вовлечена, инфильтрат с четкими контурами подвижен с участком размягчения в центре анальный канал не изменен

При пальцевом исследовании у больных с острым парапроктитом определяется повреждение крипты в виде болезненного плотного инфильтрата, распространяющегося на стенку прямой кишки с воронкообразным втяжением. У больных с нагноением кисты анальный канал не изменен. При расположении кисты позади прямой кишки определяется кистозная опухоль тугоэластичной консистенции, болезненная. Слизистая оболочка прямой кишки, покрывающая кисту, подвижна, легко смещается пальцем, не спаяна с образованием. При ретроректальном расположении острого парапроктита дополнительно выявляется инфильтрация параректальной клетчатки. Супрелеваторное расположение острого парапроктита и нагноение параректальной кисты при осмотре неразличимы. При дифференциальной диагностике параректальной кисты, осложненной свищем, который может открываться как на кожу, так и в просвет прямой кишки, ведущим признаком является локализация свищевого отверстия. При параректальной кисте свищ определяется выше анального канала, в отличие от острого парапроктита, где внутреннее отверстие располагается в крипте.

В отделении колопроктологии за последние 5 лет было пролечено 829 больных с острым парапроктитом различной локализации, из них в просвет кишки вскрыто 151, а в остальных 678 случаях проведено простое вскрытие гнойника. Параректальных кист было 29, из них осложненных свищем 19, которые были иссечены в плановом порядке вместе со стенкой кисты, а 10 были вскрыты в связи с гнойным воспалением, как острый парапроктит. Диагноз «параректальная киста» у них был выставлен во время операции при обнаружении эпителиальной выстилки полости гнойника и отсутствие пораженной крипты в анальном канале. Сохранение эпителиальной выстилки является причиной формирования свища, т.к. гнойная полость не спадается, а отделяемое дренируется через свищевой ход. Вторичное заживление нагноившейся кисты приводит к формированию многокамерных образований с последующими рецидивами. С целью дооперационной диагностики и уменьшения рецидивов данного заболевания в последнее время мы используем ультразвуковое исследование, которое проводится через брюшную стенку, кожу промежности и трансректально.

Ультразвуковые признаки:

Острый парапроктит	Параректальная киста
Гипоэхогенное образование	Низкая эхогенность или анэхогенность
Отсутствие стенок	Наличие стенок
различной формы с нечеткими контурами	Ровные, четкие контуры
Отек стенки кишки и её возможная деформация	Стенка кишки не вовлечена в патологический процесс
Наличие эхопозитивных включений	Однородная эхоструктура

Ультразвуковые признаки острого парапроктита:

В зоне предполагаемого гнойника определяется гипоэхогенное образование различной формы с нечеткими контурами, вокруг которых определяется повышенное отражение эхосигналов, что свидетельствует о наличии инфильтрата. При промежностном УЗИ определяется утолщение стенки кишки за счет отека, незначительная ее деформация в случаях давления гнойника.

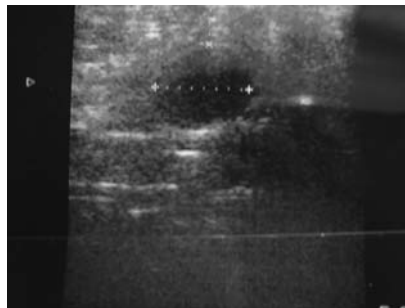


Абсцесс между наружным и внутренним сфинктерами заднего прохода при УЗИ ректальным датчиком.

Трансректальное УЗИ позволяет более точно судить о степени вовлечения в патологический процесс стенки прямой кишки. Полость абсцесса представлена гипоэхогенным образованием с наличием эхопозитивных включений и размытыми контурами. Данная методика позволяет измерять расстояние от кожи до нижнего края гнойника.

Ультразвуковые признаки кисты следующие:

Ровные, четкие контуры, определяется стенка кисты, эхоструктура однородная, низкая эхогенность.



Отличие УЗИ картины параректальной кисты от острого парапроктита позволяет определить тактику и объем оперативного лечения.

Общеизвестно, что больным с острым парапроктитом показано срочное оперативное лечение в день поступления в объеме вскрытия гнойника и ликвидации пораженной крипты.

А при оперативном лечении параректальной кисты мы предлагаем производить иссечение самой кисты из окружающей параректальной клетчатки, не вскрывая ее просвета, тем самым достигая радикальности и предотвращая развитие свища.

По предложенной выше методике было пролечено 6 человек. Клинический диагноз «параректальная киста» был подтвержден УЗИ. На операционном столе проводилась пункция кисты с введением красителя, что позволяет исключить связь с просветом кишки, и радикально иссечь стенки образования без вскрытия его просвета. Рану дренировали тампоном с мазью «Левомеколь». Заживление протекало вторичным натяжением без осложнений. Сроки пребывания в стационаре значительно сократились.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александров В.Б. и др. Ультразвуковое исследование и лечебная тактика при воспалительных и доброкачественных заболеваниях аноректальной зоны и малого таза//Актуальные вопросы колопроктологии. – Самара, 2003. – С. 115-116
2. Живилев А.Н. и др. Лечение тератом параректального пространства и крестцово-копчиковой области//Проблемы проктологии. – Москва, 2002. – №18. – С. 113-114
3. Кузминов А.М. и др. Выбор способа лечения пациентов с каудальными тератомами, осложненными супрелеваторными ректальными свищами//Актуальные вопросы колопроктологии. – Самара, 2003. – С. 55-77
4. Кузминов А.М. и др. Хирургическое лечение каудальных тератом, осложненных супрелеваторными ректальными свищами//Колопроктология. – Москва, 2004. – №2. – С. 3-7

5. Кузминов А.М. и др. Лечение каудальных тератом, осложненных ректальными свищами//Актуальные проблемы колопроктологии. – Москва, 2005. – С. 301-302
6. Копладзе А.М. и др. Диагностика параректальных тератоидных образований//Хирургия. – Москва, 1980. - №10. – С. 77-79
7. Тимебулатов В.М. Колопроктология. – Уфа, 2007. – С. 216-218
8. Федоров В.О., Дульцев Ю.В. Проктология. – Москва, 1984. – С. 165-172

УДК 616-006-082 (571.14)

КОНЦЕПЦИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Фунтиков А. С., Рахимова А. В.

Новосибирский государственный медицинский университет

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Прокопьевский психоневрологический интернат

Научный руководитель: к.м.н., доц. Чебыкин Д. В.

Актуальность проблемы: В настоящее время психические расстройства широко распространены во всех странах мира и являются важной медико-социальной проблемой. Проблема социального функционирования и качества жизни больных, страдающих психоневрологическими заболеваниями, привлекает все большее внимание исследователей во всем мире. Показатели качества жизни, наряду с клиническими данными, все более активно рассматриваются в качестве диагностических критериев, все большее внимание уделяется субъективным переживаниям пациентов. Оценку пытаются использовать для планирования и характеристики деятельности психиатрических служб, при изучении клинических особенностей и результатов лечения больных.

Целью настоящего исследования - определить роль медицинской сестры в оценке качества жизни пациентов психоневрологического профиля.

Для реализации данной цели выдвинуты следующие задачи: оценить качество жизни больных эпилепсией по собственной оценке пациентов и оценке медсестер; а затем сравнить основные показатели качества жизни, измеренные двумя способами.

Материалы и методы: Использовался неспецифический опросник измерения КЖ “Краткий опросник оценки статуса здоровья SF-36. Перекодировка (обработка данных, полученных с помощью опросника SF-36) проводилась в соответствии со специальной инструкцией. Было выполнено анкетирование 20 больных эпилепсией, находящихся на лечении в Прокопьевском психоневрологическом интернате и 9 медсестер, которые отвечали на вопросы о состоянии здоровья данных пациентов. Средний возраст больных составил $43,7 \pm 15,4$ лет. Преобладали пациенты в возрасте 40-49 лет.

Полученные результаты:

36 пунктов опросника нами были сгруппированы в 8 шкал:

- 1) физическое функционирование, отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.);
- 2) ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием – влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей);
- 3) интенсивность боли;
- 4) общее состояние здоровья - оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения;
- 5) жизненная активность (ЖА) – подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным;
- 6) социальное функционирование (СФ), определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). Низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния;
- 7) ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (РЭФ), предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.);
- 8) психологическое здоровье (ПЗ) – характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций.

Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье. Все шкалы формируют два показателя: физический компонент (ФК: 1–4 шкалы) и психологический компонент здоровья (ПК: 5–8 шкалы).

У больных эпилепсией выявлено значительное снижение профиля качества жизни по всем шкалам в сравнении с контрольными группами.

Суммарные показатели КЖ больных основной группы достоверно меньше: ФК – на 54,1 %, ПК – на 46,8 %.

Выявлены различия КЖ по полу у больных эпилепсией: мужчины хуже оценивают КЖ по шкалам ФК, а женщины – по шкалам ПК здоровья.

Эпилепсия значительно снижает КЖ больных по всем показателям, и в первую очередь это касается шкал физического компонента здоровья – РЭФ ($9,5 \pm 0,9$) и ФФ ($30,52 \pm 0,8$). Среди шкал психологического компонента наиболее низкие показатели выявлены по шкале РЭФ ($33,3 \pm 0,78$) и ЖА ($35,36 \pm 0,78$).

При сравнении показателей КЖ больных эпилепсией на основании самооценки с данными, полученными после обработки анкет, заполненных медсестрами, необходимо отметить минимальные различия по субшкалам ФК, а именно, физического функционирования (ФФ), ролевого физического функционирования (менее 10 пунктов).

Наиболее высокие различия выявлены по шкале «жизненная активность» (ЖА) и психологическое здоровье, однако в целом оценка медсестер по поводу КЖ больных эпилепсией согласуется с самооценкой пациентов.

По всем субшкалам, кроме психологического здоровья, оценка медсестер была немного завышенной.

Выводы: исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что оценка качества жизни является очень ценным методом исследования, применимым в т.ч. у пациентов психоневрологического профиля. Наряду с обязательным анкетированием самих больных возможно применение оценочных исследований посторонними лицами, в частности медицинскими сестрами, которые знакомы с данными пациентами.

Концепция качества жизни в психиатрии имеет смысл только в случае, если оценка этого параметра производится комплексным и дифференцированным способом, который включает взаимодействие со средой обитания. Следует придерживаться следующих принципов:

1) Необходимо приводить, как минимум, 2 оценки из трёх возможных: пациента, члена семьи или друга, профессионала, в т.ч. медицинской сестры.

2) Следует выделять три компонента качества жизни: субъективное благополучие/удовлетворенность, выполнение (социальных) ролей, внешние жизненные условия (материальные, т.е. “стандарт жизни”, и социальные, например социальная сеть и социальная поддержка).

3) Различные сферы жизни необходимо оценивать отдельно, поскольку качество жизни пациента может быть прекрасным в одной (например семья) и очень плохим в другой жизненной сфере (например работа).

Подводя итог, хочется еще раз подчеркнуть, что исследование качества жизни позволяет, не ограничиваясь набором клинических, инструментальных и лабораторных методик обследования пациента, заглянуть глубже и получить многоплановую информацию о проблемах больного, в которых, возможно, он сам не отдает себе отчета. Это позволяет не только определить спектр проблем больного, часто остающихся вне поля зрения врачей, но и дать им количественную оценку. Результаты исследования показали, что оценка медсестер по поводу КЖ больных согласуется с самооценкой пациентов.

Полученные данные о качестве жизни могут стать основой для принятия программ социально-психологической помощи, для решения вопроса о выборе той или иной лекарственной терапии, реабилитационной программы, оценке их эффективности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамова И. В. Качество жизни пациентов общепсихиатрического отделения // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2000. — № 1. — С. 42–46.
2. Беляева Г.Г. // Актуальные проблемы эпидемиологических исследований в психиатрии. — М., 1990. — С.10-12.
3. Васильев К.Ю. // Социальная и клиническая психиатрия. — 1991. - №1. — С. 21-27.
4. Колос И.В., Назаренко Ю.В. // Актуальные проблемы эпидемиологических исследований в психиатрии. — М., 1990. — С.73 – 75.
5. Марута Н. А., Панько Т. В., Явдак И. А., Семькина Е. Е., Колядко С. П., Каленская Г. Ю. Критерий качества жизни в психиатрической практике / Под общ. ред. Н. А. Маруты. — Харьков: РИФ Арсис ЛТД, 2004. — 240 с.
6. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. — СПб. ЭЛБИ. - 1999. - Раздел 1, с.7-9, Раздел 2, с. 9-14.
7. Островская И. В. Медсестра и пациент: общение для обмена полезной информацией// Медицинская сестра. 2000. № 4
8. Фаулер М. Этика и сестринское дело. — М., 1994.
9. Харди И. Врач, сестра, больной/ Под ред. М.В. Коркиной. — М., 1981.
10. Шевченко Ю.Л., Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. — М., 2007.

УДК 616.831-005.4-036-085

РЕГУЛЯЦИЯ ЭКСПРЕССИИ CD38/АДФ-РИБОЗИЛЦИКЛАЗЫ. ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ПУТИ КОРРЕКЦИИ ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Фурсов М. А., Фролова О. В., Тагаева Г. А., Юдин Г. В., Фурсова А. А., Лалетин Д. И.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра биохимии с курсами медицинской, фармацевтической и токсикологической химии
НИИ молекулярной медицины и патобиохимии*

**Научные руководители: д.м.н., проф. Салмина А. Б., д.м.н., проф. Таранушенко Т. Е.,
к.м.н. Окунева О. С., к.м.н. Малиновская Н. А.**

Актуальность: в структуре заболеваемости ишемия головного мозга занимают одно из лидирующих мест унося 4,6 млн жизней ежегодно, смертность от которой достигает в экономически развитых странах 11–12%, и ведущим фактором в перинатальном поражении головного мозга. (65-80% по данным ВОЗ) В 35-40% случаев заболевания нервной системы у детей приводят к инвалидизации и дезадаптации, частота перинатальной патологии в общей популяции продолжает расти [1, 3]. Важным механизмом развития головного мозга, а так же компонентом повреждения клеток нейрональной и глиальной природы, в том числе и ишемического поражения, является запрограммированная клеточная гибель. Одним из механизмов сигнального транздукции, опосредующих регуляцию апоптоза может быть НАД⁺ - конвертирующий фермент – АДФ-рибозилциклаза [1]. АДФ-рибозилциклаза экспрессируется в нейрональных и глиальных клетках, при этом внутриклеточное содержание субстрата реакции – НАД⁺ определяет устойчивость к окислительному стрессу, метаболизму клеток и чувствительность клеток к действию апоптогенного фактора - ишемии. Поэтому изучение механизмов повреждения нейронов при ишемическом поражении центральной нервной системы представляет собой актуальную проблему медицины.

Цель работы: изучение изменения экспрессии и активности АДФ – рибозилциклазы /CD38+ при ишемическом поражении головного мозга и под действием различных модуляторов.

Задачи исследования: 1 Оценить влияние ретиноевой кислоты на экспрессию АДФ– рибозилциклазы/CD38 в клетках коры головного мозга в раннем постнатальном периоде в физиологических условиях и после перенесенного перинатального гипоксически-ишемического поражения центральной нервной системы. 2 сравнение их с данными о изменении экспрессии CD38/АДФ-рибозилциклазы под действием интерферона как модулятора экспрессии АДФ - рибозилциклазы;

Материалы и методы: Эксперименты выполнены на белых беспородных новорожденных крысах (n= 60). Моделирование гипоксически-ишемического перинатального поражения головного мозга осуществлялось по методу J.Rice [5] на 7 сутки постнатального развития: экстравазальная окклюзия правой общей сонной артерии с последующим помещением крысят в атмосферу с низким содержанием кислорода (8%) под общей анестезией. Забор материала для исследования (головной мозг) производили через 8 ч., 72 часа и 10 суток после операции (7, 10 и 17 сутки постнатального развития, соответственно – P7, P10, P17), а также в отсроченный период (3, 4, 5 и 6 недели после поражения головного мозга). Контрольную группу составили ложно-оперированные животные. Моделирование острой ишемии у взрослых особей осуществлялось после проведения общей анестезии (фторотан ингаляционно) путем экстравазальной окклюзии правой сонной артерии с предшествующим интраперитонеальным введением гамма-интерферона (5000 МЕ/кг, 1 раз в сутки, 3 дня)

и оценкой всех тестируемых параметров через 24 часа после операции, через 48 часов и через 7 суток. Детекция CD38 в клетках головного мозга осуществлялась в замороженных фиксированных срезах головного мозга по стандартному протоколу иммуногистохимического исследования с использованием антител к CD38 («Сорбент», Москва). Для патогенетической коррекции повреждения нейронов при ишемическом поражении центральной нервной системы мы использовали Ретиноевую кислоту и Интерферон альфа. Ретиноевая кислота (РК) является одним из мощных агентов, регулирующих процессы морфогенеза в нервной системе, в частности, индуцирующих нейрональную дифференцировку в специфических популяциях клеток головного мозга. Интерферон-гамма регулирует микроглиально-астроцитарные взаимодействия за счет модуляции кальциевого обмена и высвобождения АТФ.

Статистический анализ Статистическая обработка результатов произведена с помощью пакетов прикладных программ STATISTICA v. 6.0 [StatSoft-Russia, 1999] и BIOSTATISTICA.

Результаты и обсуждение. Анализ количества CD38+ клеток в препаратах головного мозга крысят контрольной и опытной подгрупп продемонстрировал, что характер экспрессии CD38 меняется после гипоксически-ишемического поражения ЦНС. В контрольной группе животных уровень экспрессии CD38 сохраняется стабильным в период с 7 суток постнатального периода ($4,4 \pm 0,9\%$) до 17 суток жизни ($3,6 \pm 0,5\%$). Возраст крысят с 28 по 35 сутки развития обращает на себя внимание тем, что количество CD38-экспрессирующих клеток нейрональной и глиальной природы в этот период достоверно уменьшается до $1,1 \pm 0,5\%$ ($p=0,001$ в сравнении с подгруппами P7", P7, P10, P17). После этого спада экспрессия CD38 клетками головного мозга вновь возвращается ($p<0,005$ в сравнении с подгруппами P28 и P35) к стабильным исходным значениям на 42 и 49 сутки ($4,6 \pm 0,5\%$ и $4,2 \pm 0,5\%$, соответственно)

Перенесенное перинатальное поражение головного мозга привело к достоверному снижению экспрессии фермента в первые 4 часа после поражения ($2,9 \pm 0,7\%$, $p=0,04$ по сравнению с контрольным значением), с последующим статистически значимым повышением этого показателя к 8 часам после перинатальной гипоксии/ишемии до $7,7 \pm 1\%$ ($p=0,001$ по сравнению с контрольным значением). Повышенная экспрессия CD38 клетками головного мозга сохранялась до 10 суток постнатального развития, соответствующим 72-м часам после перенесенного поражения ЦНС, а далее регистрируется достоверное снижение относительного количества CD38+ клеток ($p=0,001$ по сравнению с подгруппами P7 и P10) к 17 суткам жизни крысят и далее к 28 суткам развития (3 недели после гипоксии/ишемии головного мозга) ($p=0,025$ по сравнению с подгруппой P17). На 4-ой неделе после поражения ЦНС, иными словами, к 35 суткам постнатального периода, вновь регистрируется нарастание относительного количества CD38-экспрессирующих клеток головного мозга, продолжающееся до 42-49 суток постнатального периода (рисунок 1) Таким образом, перинатальное гипоксически-ишемическое поражение ткани головного мозга приводит к статистически значимому усилению экспрессии CD38 в клетках нейрональной и глиальной природы через 72 часа после перенесенного повреждения. Мы обнаружили, что комбинация «ретиноевая кислота+этанол» и этанол изолированно достоверно снижают экспрессию CD38 в клетках головного мозга, при этом ретиноевая кислота в комбинации с этанолом проявляет больший эффект при введении в организм животного после ишемии, а этанол был одинаково эффективен при введении до и после гипоксически-ишемического поражения головного мозга (Рис. 2). Наши данные свидетельствуют о том, что подавление АДГ-опосредованного метаболизма эндогенного ретинола до ретиноевой кислоты вызывает достоверное снижение экспрессии CD38 в клетках коры головного мозга, в то время как введение на этом фоне экзогенной ретиноевой кислоты частично сокращает степень снижения экспрессии CD38 этанолом. (рисунок 2). Другим подходом к модуляции экспрессии CD38 является использование гамма-интерферона как цитокина, модулирующего экспрессию этого фермента в некоторых видах клеток у взрослых особей. При использовании гамма-интерферона в дозе 5000 МЕ/кг массы и при режиме введения в течение 3 дней, предшествующих операции, 1 раз в сутки, мы обнаружили, что в течение первых 24 часов он достоверно увеличивал экспрессию CD38 в клетках головного мозга животных, перенесших экстравазальную окклюзию общей сонной артерии (Табл. 1).



Рис. 1. – Экспрессия CD38 в ткани головного мозга.

Примечания: * - $p<0,05$; ** - $p<0,001$

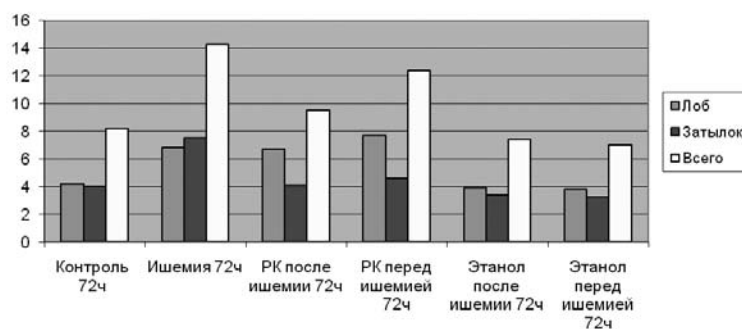


Рис. 2. – Экспрессия CD38 в коре головного мозга экспериментальных животных при модуляции уровня ретиноевой кислоты

Таблица 1

Изменение экспрессии CD38/АДФ-рибозилциклазы в клетках головного мозга в раннем постишемическом периоде у взрослых крыс

Серия	CD38+ клетки
Контроль (лобная обл.)	17,40 ± 3,31
Ишемия, 24 ч (лобная обл.)	50,00 ± 5,40****
Ишемия, 48 ч (лобная обл.)	37,75 ± 2,08**
Контроль (затылочная обл.)	16,80 ± 2,90
Ишемия, 24 ч (затылочная обл.)	39,80 ± 7,55***
Ишемия, 48 ч (затылочная обл.)	50,80 ± 8,71****
Ишемия, 24 ч + Интерферон (лобная обл.)	57,5 ± 1,39
Ишемия, 48 ч + Интерферон (лобная обл.)	48,75 ± 4,00** (по сравнению с серией 3)
Ишемия, 24 ч + Интерферон (затылочная обл.)	58,50 ± 4,54** (по сравнению с серией 5)
Ишемия, 48 ч + Интерферон (затылочная обл.)	44,00 ± 3,71

*P < 0,05; ** P < 0,02; *** P < 0,01; **** P < 0,001 в сравнении с контролем

Выводы:

1. Перинатальное гипоксически-ишемическое и поражение сопровождается увеличением экспрессии CD38 в клетках коры головного мозга *in vivo*.
2. Модуляция экспрессии CD38 в клетках коры головного мозга ново.....достигается применением этанола или экзогенной ретиноевой кислоты, что подтверждает роль эндогенных ретиноидов в регуляции экспрессии гена, кодирующего CD38, в ткани головного мозга.
3. Достижение нейропротективного эффекта и профилактики/коррекции постишемической когнитивной дисфункции осуществимо у взрослых животных при использовании гамма-интерферона как модулятора экспрессии CD38/АДФ-рибозилциклазы в предлагаемом протоколе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Пальчик А.Б. и Шабалов Н.П. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных М.: «МЕДпресс-информ» 2006; 256 с.
2. Салмина А.Б., Окунева О.С., Малиновская Н.А. и др. НАД+-зависимые механизмы нарушения жизнеспособности клеток головного мозга в остром периоде гипоксически-ишемического перинатального поражения. Нейрохимия 2008; Т. 25, № 3: 1-8
3. Фрухт Э.Л. и Тонкова-Ямпольская Р.В. Некоторые особенности развития и поведения детей с перинатальным поражением нервной системы Росс. педиатрический журнал 2001; №1: 9-12.
4. Kornyei Z., Gocza E., Ruhl R. et al. Astroglia-derived retinoic acid is a key factor in glia-induced neurogenesis. FASEB J. 2007; V. 21: 2496-2509..

УДК 616.24-008.4-053.31-07:616.155.1-07

КИСЛОТНАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ ЭРИТРОЦИТОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ С РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС СИНДРОМОМ

Халиуллина Ю. Р.

Челябинская государственная медицинская академия
Кафедра детских болезней и поликлинической педиатрии № 2
Научный руководитель: к.м.н., асс. Серебрякова Е. Н.

Респираторный дистресс синдром (РДС) является одной из основных причин заболеваемости и смертности новорожденных высокого риска в раннем неонатальном периоде [4, 8]. Важным фактором нарушения газообмена при РДС является нарушение кислородтранспортной функции эритроцитов. Вопрос о роли нарушения функциональной активности эритроцитов в развитии тяжелого РДС у новорожденных, требующего применения искусственной вентиляции легких, изучен недостаточно.

Кислотная устойчивость эритроцитов отражает функциональную активность эритроцитов. В физиологических условиях соотношение эритроцитов, различных по стойкости, строго стабильно и отражает динамическое равновесие в системе крови, обеспечивающее соответствие между деятельностью кроветворной и кроверазрушающей систем [1, 2, 3].

Цель настоящего исследования - оценить функциональную активность эритроцитов у новорожденных с РДС. Задачи исследования: 1) оценить кислотно-устойчивость эритроцитов у новорожденных с РДС; 2) сравнить полученные данные с контрольной группой новорожденных.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе Челябинской областной детской клинической больницы, отделения реанимации и интенсивной терапии. Основную группу составили 40 доношенных новорожденных детей, поступивших в отделение реанимации, у которых развился тяжелый респираторный дистресс синдром в раннем неонатальном периоде, потребовавший искусственной вентиляции легких через интубационную трубку. Новорожденные из группы сравнения родились в Челябинском областном перинатальном центре, не имели патологических отклонений в раннем неонатальном периоде, были выписаны по месту жительства на 5-7 сутки. Кислотная устойчивость эритроцитов определяли методом, предложенным И.И. Гительзоном, И.А. Терсковым [3]. Принцип метода: во взвесь эритроцитов в физиологическом растворе в стандартной концентрации добавляют 0,004 N раствор соляной кислоты в соотношении 1:1, каждые 30 секунд регистрируется оптическая плотность взвеси эритроцитов в растворе соляной кислоты при длине волны 620 нм. В результате получается убывающий ряд значений оптической плотности, соответствующий распределению эритроцитов по стойкости. Регистрация оптической плотности ведется до тех пор, пока не будет получено 3 совпадающих показаний, что служит признаком конца гемолиза. Разность между измерениями оптической плотности соответствует количеству эритроцитов, распавшихся за время, прошедшее между двумя измерениями. За 100 % принимается разность между первым и последним отсчетом. Данные могут быть представлены в виде численных значений: общее время гемолиза (ОВГ) – время в минутах от начала отсчета до завершения гемолиза. Стадия с максимальной скоростью гемолиза (СМСГ) – на какой минуте распалось максимальное количество эритроцитов. Уровень максимального гемолиза (УМГ) – количество эритроцитов (в %), распавшееся на стадии с максимальной скоростью гемолиза. Количество высокостойких эритроцитов (ВСЭ) – количество эритроцитов, распавшихся после 10-й минуты от начала гемолиза (в %).

Статистическая обработка материала проведена с использованием лицензионного пакета прикладных программ «STATISTICA – 6,0» (Stat Soft, США), с применением непараметрических методов. В качестве порогового уровня статистической значимости принято значение 0,05. Количественные данные представлены в формате Me (UQ-LQ) – медиана, верхний и нижний квартили. Для сравнения групп признаков использован критерий Манна-Уитни. Для сравнения частоты встречаемости качественных бинарных признаков в группах использован двухсторонний тест Фишера. Корреляционный анализ проводился с использованием метода Спирмена [5].

Полученные результаты. Данные о половой принадлежности, гестационном возрасте, оценке по шкале Апгар, массе при рождении среди новорожденных основной группы и новорожденных группы сравнения представлены в таблице 1.

Таблица 1

Пол, гестационный возраст, оценка по шкале Апгар, средняя масса при рождении, среди новорожденных основной группы и группы сравнения, Me (UQ-LQ)

Пол, срок гестации, оценка по шкале Апгар, масса при рождении	Основная группа n= 40	Группа сравнения n=44	p
Мальчики/Девочки	25/15	25/19	0,8
Гестационный возраст, недели	39 (38-40)	39 (38-40)	1,0
Оценка по Апгар на 1-ой мин, баллы	4 (2-6)	7 (7-8)	<0,001
Оценка по Апгар на 5-ой мин, баллы	6 (4-7)	8 (8-8)	<0,001
Масса при рождении, г	3250 (2995-3216)	3345 (3160-3775)	0,15

Как видно из таблицы 1, группы сопоставимы по полу, гестационному возрасту, массе при рождении. Статистически значимые различия выявлены при сравнении оценки по шкале Апгар на первой и пятой минутах ($p<0,001$), то есть большинство новорожденных основной группы родились в асфиксии. Как известно, асфиксии новорожденного в 75-80% случаев предшествует гипоксия плода, что определяет общность их этиологических и патогенетических факторов [6].

Анализ соматического, акушерского анамнеза матерей новорожденных основной группы и матерей новорожденных группы сравнения показал, что среди матерей новорожденных группы сравнения реже встречались хронические заболевания на момент наступления беременности ($p=0,04$), прием алкоголя во время беременности ($p<0,001$), токсикоз первой половины беременности, гестоз ($p=0,001$), кольпит ($p=0,02$), эпизоды острых респираторных заболеваний ($p<0,001$), что свидетельствует о неблагоприятных условиях течения беременности у матерей новорожденных основной группы.

Данные об особенностях течения родов у матерей новорожденных основной группы и матерей новорожденных группы сравнения представлены в таблице 2.

Таблица 2

Особенности течения родов у матерей новорожденных основной группы и матерей новорожденных группы сравнения

Признак	Основная группа n= 40	Группа сравнения n=44	Значение p
Паритет родов: первые/повторные	26/14	25/19	0,5
Способ родоразрешения: самостоятельные/оперативные роды	25/15	23/21	0,4
Оперативные роды в плановом порядке/по экстренным показаниям	8/7	12/9	1,0
Аномалии родовой деятельности			
(из количества самостоятельных родов)	22	5	<0,001
Меконий в околоплодных водах	24	5	<0,001

Как видно из таблицы 2, аномалии родовой деятельности, меконий в околоплодных водах встречались чаще у матерей новорожденных группы сравнения ($p < 0,001$), то есть перинатальный анамнез в основной группе новорожденных был отягощен. Внутритрунная гипоксия, асфиксия, сопровождаются системным расстройством гемодинамики, гипоперфузией и ишемией легких, что приводит к вторичному дефициту сурфактанта и развитию РДС. Ишемия тканей способствует активации лейкоцитов и продукции провоспалительных медиаторов, повреждению клеточных мембран, в том числе мембран эритроцитов. Поврежденные эритроциты также являются источником активных форм кислорода, которые усугубляют процессы повреждения клеточных мембран, в то же время функционально активные эритроциты могут связывать свободные радикалы, обладая мощной системой антиоксидантных ферментов [7,9].

Данные о кислотной устойчивости эритроцитов новорожденных основной группы и новорожденных группы сравнения, представлены в таблице 3.

Таблица 3

Кислотная устойчивость эритроцитов у новорожденных основной группы и новорожденных группы сравнения, Ме (UQ-LQ)

Кислотная устойчивость эритроцитов	Основная группа n= 40	Группа сравнения n=44	Значение p
ОВГ, мин	14,0 (12,5-16,5)	13,0 (11,0-17,0)	0,4
СМСГ, мин	7,5 (6,5-8,0)	5,5 (5,0-6,0)	<0,001
УМГ, %	15,7 (13,0-18,0)	15,5 (13,1-18,9)	0,7
ВСЭ, %	5,2 (1,5-11,0)	2,6 (0,4-6,5)	0,02

Как видно из таблицы 3, значимые различия получены при сравнении стадии с максимальной скоростью гемолиза. У новорожденных с РДС стадия с максимальной скоростью гемолиза наступает позднее – на 7,5 минуте, чем у новорожденных без дыхательных расстройств – на 5,5 минуте ($p < 0,001$), то есть кислотная устойчивость основной массы эритроцитов у новорожденных с РДС синдромом повышена, что указывает на изменение физико-химических свойств мембран эритроцитов, может свидетельствовать о формировании жесткой, ригидной эритроцитарной мембраны, устойчивой к действию кислотного гемолитика, нарушении функциональной активности эритроцитов. Количество высокостойких эритроцитов у новорожденных с РДС значимо выше – 5,2 %, чем у доношенных новорожденных без дыхательных расстройств – 2,6 % ($p = 0,02$). Увеличение количества высокостойких эритроцитов у новорожденных с респираторным дистресс синдромом свидетельствует о напряжении эритропоэза в ответ на тканевую гипоксию, так как самой высокой кислотной стойкостью обладают незрелые эритроциты. [2,3].

Данные о взаимосвязи оценки по шкале Апгар на первой и пятой минутах и кислотной устойчивости эритроцитов у обследованных новорожденных представлены в таблице 4 (показаны только статистически значимые взаимосвязи).

Таблица 4

Взаимосвязь оценки по шкале Апгар и кислотной устойчивости эритроцитов у обследованных доношенных новорожденных

Пары признаков	Коэффициент Спирмена	P
СМСГ & Апгар на 1 мин, n=84	-0,52	<0,001
СМСГ & Апгар на 5 мин, n=84	-0,57	<0,001
ОВГ & Апгар на 1 мин, n=84	-0,26	0,02
ОВГ & Апгар на 5 мин, n=84	-0,33	0,002
ВСЭ & Апгар на 1 мин, n=84	-0,36	0,001
ВСЭ & Апгар на 5 мин, n=84	-0,43	<0,001

Как видно из таблицы 4, имеется статистически значимая корреляция между оценкой по шкале Апгар на первой и пятой минутах и кислотной устойчивостью эритроцитов у доношенных новорожденных – чем ниже оценка по шкале Апгар на первой и пятой минутах после рождения, тем позднее наступает стадия с максимальной скоростью гемолиза, увеличивается общее время гемолиза, выше количество высокостойких эритроцитов, то есть имеется связь между асфиксией и функциональной активностью эритроцитов, уровнем эритропоэза.

Таким образом, при сравнении функционального состояния эритроцитов новорожденных в острую стадию РДС и функционального состояния эритроцитов новорожденных без респираторных нарушений, можно сделать вывод о нарушении функции эритроцитов, более интенсивном эритропоэзе у новорожденных с РДС. Нарушение функциональной активности эритроцитов может быть одним из звеньев патогенеза тяжелого РДС у новорожденных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бордуновская, В.П. Теплообменник для исследования кинетики гемолиза эритроцитов. / В.П. Бордуновская // Лабораторное дело. – 1988. – № 9. – С. 79.
2. Воробьев, А.И. Шунтовое кроветворение (гипотеза)/Руководство по гематологии, Т. 1 //под ред. А.И Воробьева. – М.: Ньюдиамед, 2002. – С. 43-45.
3. Гительзон, И.И. Эритрограммы как метод клинического исследования крови / И.И. Гительзон, И.А. Терсков. – Красноярск, 1959. – 233 с.
4. Дементьева, Г.М. Актуальные проблемы пульмонологии новорожденных / Г.М. Дементьева, И.И. Рюмина // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 2001. – Т. 46, № 5. – С. 14-19.
5. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. – М.: Медиа Сфера, 2003. – 312 С.
6. Шабалов, Н.П. Неонатология: учеб. пособие: в 2 т. / Н.П. Шабалов. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. - Т. 1. – 680 с.
7. Bracci, R. Oxidant injury in neonatal erythrocytes during the perinatal period / R. Bracci, S. Perrone, G. Buonocore // Acta Paediatr Suppl. – 2002. – Vol. 91, N 438. – P. 130-134.
8. Fidanovski, D. Mortality risk factors in infants with respiratory distress syndrome treated by mechanical ventilation / D. Fidanovski, V. Milev, A. Sajkovski et al. // Srp Arh Celok Lek. – 2005. – Vol. 133, N 1-2. – P. 29-35.
9. Perrone, S. New biomarkers of fetal-neonatal hypoxic stress / S. Perrone, R. Bracci, G. Buonocore // Acta Paediatr Suppl. – 2002. – Vol. 91, N 438. – P. 135-138.

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ЗИГМУНДА ФРЕЙДА

Хамидуллина Л. Н.

*Казанский государственный медицинский университет**Кафедра терапевтической стоматологии***Научный руководитель: д.м.н., доц. Мухамеджанова Л. Р.**

Определённый интерес представляет собой экспертная оценка истории болезни пациентов, в том числе и тех, которые были написаны в прошлых веках. Анализируя их, можно пронаблюдать динамику заболевания, эволюцию методов диагностики и лечения, выявить врачебные ошибки. Выводы могут послужить ценной информацией для врачей-клиницистов. Не являются исключением и истории болезней великих людей. Всегда хочется, как говорится, подглядеть в «замочную скважину» незаурядных людей. Любопытно узнать, что же способствует проявлению их неординарности. Полгода назад на занятиях философии я подготовила доклад, посвященный жизни великого философа Зигмунда Фрейда. К сожалению, до тех пор меня не волновала судьба этого мыслителя. Но информация о том, что в зрелом возрасте у Фрейда был выявлен рак слизистой оболочки полости рта, пробудила во мне интерес узнать больше о жизни этого человека и о его заболевании.

Целью настоящего исследования явилась экспертная оценка стоматологической истории болезни Зигмунда Фрейда. Материалом исследования послужили исторические документы, воспоминания его лечащих врачей, а также издания, посвященные биографии Фрейда, где упоминается информация о состоянии его здоровья.

Результаты наших исследований свидетельствуют о том, что Фрейд был заядлым курильщиком сигар. Он не слушал советов врачей бросить курить даже тогда, когда в 1917 году впервые обнаружилась на правой стороне нёба лейкоплакия, которая вскоре спонтанно исчезла. Мы видим, что уже на начальном этапе заболевания не удается справиться с одним из важных факторов, способствующих озлокачествлению процесса. И уже зимой этого же года обнаружился нарост правой стороне нёба. Новообразование приносило дискомфорт: мешало работать, принимать пищу. На консультации у врачей никто даже и не мог заподозрить злокачественность процесса. После встречи Фрейда с доктором Дойчем (его ученик), который первым распознал рак, но не поставил в известность самого Зигмунда. Дойч предложил хирургически удалить образование и бросить курить. Но отказ от сигарет пугал Фрейда больше, чем операция.

В 1923 году была проведена первая операция (лишь спустя 6 лет после начала заболевания!) Фрейд лечился в амбулаторном отделении госпиталя, возглавляемого профессором Гаком, который был оперирующим врачом Зигмунда. Было известно, что Гак не обладал квалификацией, чтобы оперировать злокачественные опухоли с резекцией верхней челюсти. И так операция, заключающаяся в локальном иссечении патологических тканей, прошла не совсем удачно. За течением постоперационного периода не было наблюдения. Фрейда необходимо было оперировать радикально, поскольку местное иссечение не может остановить злокачественный процесс. Удаленные ткани были исследованы, после чего подтвердились предположения о злокачественности опухоли. Позже он прошел курс лучевой терапии в Вене. 26 сентября этого же года Фрейд впервые был осмотрен профессором Гансом Пихлером, который во время первой мировой войны стал руководителем отделения челюстно-лицевой хирургии при университетском госпитале. Во время осмотра был обнаружен обширный язвенный – некротический очаг правой части мягкого неба, который затронул щёку и нижнюю челюсть. Также имело место определённое стягивание тканей (следствие первой операции). Пихлер разработал методику оперирования, всесторонне подготовился к операции, сделав несколько моделей протезов, как верхней, так и нижней челюсти, учитывая возможность различных сценариев оперативного вмешательства. 4 октября 1923 года под местной анестезией Пихлер провел операцию, при которой перевязал наружную сонную артерию и для предотвращения метастазирования удалил подчелюстные и шейные лимфатические железы. 12 октября под местной анестезией он провёл радикальную операцию, удалив большую часть верхней челюсти, значительную часть нижней челюсти, правую сторону мягкого нёба, а также слизистую оболочку щеки и языка. После операции два дня у пациента сохранялось лихорадочное состояние. Пихлер признает, что допустил ошибку, которая заключается в том, что следовало удалить большую часть внутренней крыловидной мышцы. Он внимательно наблюдал за тем участком. Напомним, что тогда не применялись ни антибиотики, ни внутривенные вливания. Жидкости доставлялись через прямую кишку, а кормили же пациента через трубку, вставленную в нос. 7 ноября на очередном осмотре обнаружился маленький изъязвленный очаг и была проведена биопсия. 12 ноября анализ показал, что в подозрительном участке остались атипичные клетки. В тот же день, под местной анестезии и с дополнительным применением успокоительного средства была проведена операция. Удалили оставшуюся часть нижней челюсти и мягких тканей, что сопровождалось значительным кровопотерей. Операция прошла удачно, без дальнейших осложнений. Пихлер констатирует общее состояние Фрейда после операции как удовлетворительное: «...Протез, который носит Фрейд, неудобный, но обеспечивает правильный прикус и отделяет носовую полость от ротовой, вызывает раздражение, давит на нижнечелюстной сустав. Без протеза говорить, есть, курить сложнее. Протез снимался только для гигиенических процедур». Позже Фрейд вновь прошел курс лучевой терапии.

17 ноября 1923 года Фрейд удачно перенёс «штейнаховскую» операцию омоложения», то есть перевязку семенных протоков. По гипотезе эндокринолога Штейнаха, согласно которой перевязка семенных протоков должна приводить гипертрофическому синтезу полового гормона этими клетками, что непременно вызовет «омоложение» организма. Возникновение рака Штейнаха объяснял процессом старения.

В 1924 году Фрейд возобновляет свою практику. Быстро утомляется. Весной развился гриппозный насморк. Состояние ухудшилось. Воспалились синусы и правое ухо. В 1925 году Пихлер сделал прижигание очень болезненной области, которое после острой первоначальной реакции организма принесло значительное облегчение (боль исчезла, остались затруднённая речь и непрекращающийся насморк). С 1926 года стали образовываться новые очаги поражения, которые подвергались электрокоагуляции.

В 1928 году личным врачом Зигмунда Фрейда стал Макс Шур.

На первичном осмотре полости рта Фрейда была обнаружена преобладающая рубцовая ткань, наличие обильного истечения гнойного экссудата, в основном из правого верхнечелюстного синуса. Много чувствительных участков, болезненно реагирующих на прикосновение. Пациент как и прежде курит, но уже в меньшей мере. В октябре 1930 года появились увеличенные и видоизменённые очаги лейкоплакии. Пихлер предполагает, что это рецидив и зимой оперирует Фрейда. Прооперированный участок пытается закрыть трансплантированным участком кожи.

В начале 1931 года в той же самой области полости рта обнаружили новый «подозрительный» участок. Из записей Пихлера:

«14 апреля 1931 года. Новое появление опухоли вблизи от складки рубца, выступающего в полости рта. Опухоль мягкая, неравномерная, частично окрашена в темный цвет и уже не полностью ворсинчатая или бархатистая, а морщинистая и складчатая. Может переместиться в подлежащие ткани. Предполагается быстрый рост. Поскольку иссечение и прижигание диатермией предположительно вызовет устойчивые боли на протяжении двух месяцев, рекомендую иссечение и пересадку кожи. Мягкая опухоль свидетельствует о рецидиве, и, по моему мнению, ждать не стоит (ввиду быстрого роста, о котором я пациенту не сообщал)».

23 апреля 1931 года была проведена ещё одна операция. В качестве обезболивающего средства Пихлер использовал скополамин и эвдогал (производное кодеина). После операции Фрейд испытывал приступы жестокой боли. Почувствовал облегчение после вдухания ортоформа. Его использование пришлось ограничить, так как он оказывал иссушающий эффект, что вело к росту специфических струпов и ороговению кожи, которое также могло способствовать рецидиву.

За 1932 год Пихлер выполнил пять операций, связанные с появлением рецидивов. Фрейда беспокоит насморк, правосторонний отит, диффузное воспаление слизистой оболочки полости рта и синусов, боль в височно-нижнечелюстном суставе. Трудно жевать, говорить, курить. Состояние улучшилось после лечения ультразвуком.

8 января 1934 года появились поражения с воспалительным характером. Небольшой нарост на верхней губе. Лечение радием благоприятно действовало на маленькие наростоподобные поражения и папилломы. Операцию миновали. Фрейд носил радиевый протез. Также ему были назначены инъекции мужского гормона.

Весной 1935 году происходит образование новой патологической ткани: образовавшиеся струпа приводят к ороговению тканей и в конечном итоге к появлению маленьких бородавчатых папиллом, которые, как показала следующая операция, имели столь же активный характер, как и те, что развивались из лейкоплакии. Позже папиллома проросшая в нижележащие слои тканей была хирургически удалена. В 20-х числах декабря этого же года обнаружилось бородавчатое образование. Для неё был характерен быстрый рост. Пихлер провел обширную коагуляцию. После Фрейд не может жевать, говорить, впадает в депрессивное состояние.

В 1936 году появляется новая лейкоплакия, которую благополучно удалили. Последовали долгие недели боли, мигрени, приступы стенокардии. Позже Пихлер ещё заметил новообразование, находившееся рядом с областью, где была проведена последняя операция. Оно быстро развивалось. Образование удалили. При биопсии удаленных тканей обнаружено, что в одном месте злокачественная опухоль проросла на слишком опасную глубину. Через пару дней Пихлер провел радикальную операцию. Местная анестезия не помогала, поскольку в полости рта имелись обширные рубцовые участки. В качестве общего анестетика использовал закись азота. В результате была удалена часть подлежащей кости и прокоагулированы все смежные ткани. После операции сильных болей не было. Фрейд прошел курс лечения радием.

В апреле 1937 года в том же месте, где проводилась последняя операция, было замечено маленькое выступающее образование, которое быстро росло. 19 числа этого же месяца Пихлер прооперировал Зигмунда под общей анестезией. Проводилось внутривенное вливание эвипала-эквивалента пеитотала натрия. Исследования не обнаружили злокачественность. Постоперационный период сопровождался болями, философ перестал работать. В 1938 году в носоротовой полости, рядом с основанием глазной орбиты, в области твердых рубцовых тканей появилась язва, похожая на мозоль, сопровождающаяся болями и прогрессивно растущая. Диагностируется рак и проводится операция. Но новообразование вновь обнаружилось возле места проведения последней операции. Фрейда оперируют под общим наркозом, посредством внутривенной инъекции эвипала и последующего нагнетания через носовой катетер закиси азота. Доступ к очагу обеспечили путём разделения губы и продолжением разреза до носа. Затем удалили опухоль диатермической иглой на щеке, а также участки твердой плотной ткани до здоровой мускулатуры. Полость рта была орошена ортоформом и закрыта йодоформной повязкой. Участок, где кость подверглась коагуляции, некротизировался. Рана заживала очень медленно.

В 1939 году появилась опухоль около основания глазной орбиты, не похожая на лейкоплакию и папиллому. Результат биопсии подтвердил наличие атипичных клеток. Проводят радиотерапию из-за не возможности операции. У Фрейда слабость, выпадают волосы из бороды, ежедневные ротовые кровотечения. Справляется с болью при помощи аспирина. Теряет вес, впадает в апатию. В зоне поражения возникло нагноение. Кожа на правой скуле обесцветилась, образовался свищ. Кость болезненна, от раны исходит зловонный запах. Для обезболивания используют ортоформ несколько раз в сутки. Его страданиям пришел конец 23 сентября 1939 года, когда он получил смертельную дозу морфия (эвтаназия).

Таким, образом неуспех лечения обусловлен поздней диагностикой заболевания, некорректным лечением в начальный период, а также отказом пациента бросить курить.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Луков Вал. А., Луков Вл. А. Фрейд: жизнь и труды год за годом: учеб. пособие. – М.: Издательство Московского гуманитарного университета, 2006-109с.
2. Макс Шур. Зигмунд Фрейд: жизнь и смерть/ Пер. с англ. Л.А. Игоревского. — Москва: ЗАО Центрполиграф, 2005. — 527 с.
3. Ресурсы сети Интернет: <http://www.Lechaim.ru/ARHIV/122/freyd.htm>. <http://www.Lossofsoul.com/DEPRESSION/vihod/Freud.htm>

УДК 616.89-008.441.13-008.485

ДЕГРАДАЦИЯ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПСИХОТИЧЕСКИМ И НЕПСИХОТИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ

Харина О. В., Щепина Т. П.

*Ижевская государственная медицинская академия
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Научный руководитель: к.м.н., асс. Уваров И. А*

По мнению ряда ведущих специалистов [4, 7, 8, 3, 9], алкогольная ситуация в России, отличавшаяся высокой напряженностью в отдельные исторические периоды, за последние годы стала чрезвычайной. По данным Е.А Кошкиной с соавт. [6], распространенность алкоголизма в нашей стране начиная с 2000 г. в целом имела стабильно высокий уровень,

но в последние годы этот показатель выявил слабую тенденцию к росту. Как известно, длительное злоупотребление алкоголем приводит к ряду соматических заболеваний, эмоционально-волевым, интеллектуально-мнестическим нарушениям, а также возникновению алкогольных психозов (делирий, острый галлюциноз, острый параноид и др.) [5]. Определенным этапом клинических проявлений алкоголизма является заострение черт личности и деградация личности на отдаленных этапах заболевания. Следует отметить, что вопросам деградации личности посвящено не так много работ, не достаточно полно освещены вопросы, какие же именно факторы являются основополагающими в формировании деградации у больных алкоголизмом.

В связи с этим, целью нашей работы явилось изучение проявлений и вариантов деградации личности у больных с психотическим и непсихотическим алкоголизмом.

Материал и методы исследования. Для оценки факторов, влияющих на формирование деградации, был проведен анализ двух групп больных. В начале исследования больные методом простой рандомизации были разделены на две группы: основную и контрольную. В контрольную группу, включающую в себя больных алкоголизмом, никогда не переносившим алкогольный психоз, было включено 28 пациентов. Основную группу, состоявшую из больных перенесших алкогольные психозы (делирии) составили 27 человек. Все пациенты были мужского пола. В исследование включались больные алкогольной зависимостью II-III и III стадиями заболевания. Общее количество больных составило 55 человек. Больные проходили стационарное лечение на базе республиканской клинической психиатрической больницы и республиканском наркологическом диспансере г. Ижевска. По возрастным, клинико-динамическим и социально-демографическим показателям группы статистически не различались.

Характерологические особенности анализировались на основании данных объективного и субъективного анамнеза, психического состояния, а также дополнительных данных психологического обследования с помощью теста MMPI.

При квалификации преморбидных личностных особенностей использовались классификация П.Б. Ганнушкина [2] и М.Е. Бурно [1].

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась в программе SPSS для Windows 11.5, а также для Microsoft Excel 2005. В связи с поставленной задачей проводили внутригрупповое и межгрупповое исследования.

Результаты исследования. Как показало исследование, средний возраст основной группы составил $40,0 \pm 2,3$ лет, контрольной - $46,0 \pm 2,0$ года.

Первая алкогольная проба у лиц с психотическим алкоголизмом состоялась достоверно раньше ($15,2 \pm 0,6$ лет), чем у лиц с непсихотическим алкоголизмом $16,7 \pm 0,4$ лет ($p < 0,05$).

Наряду с этим, длительность хронического алкоголизма у лиц основной группы превосходила контрольную и составила - $14,0 \pm 1,4$ лет, в сравнении с $12,8 \pm 1,2$ лет в группе больных люцидным алкоголизмом ($p < 0,05$).

Рассматривая толерантность к спиртному, можно отметить ее достоверное снижение у лиц с психотическим алкоголизмом - $0,6 \pm 0,09$ л водки, против толерантности у лиц контрольной группы - $0,9 \pm 0,03$ л ($p < 0,05$).

Анализ структуры личности больных выявил, что в контрольной группе преобладают лица с заострением личностных особенностей (21 больной) над лицами с деградацией (7 пациентов). В основной группе отмечается увеличение лиц с деградацией (14 человек) и, следовательно, превышение их количества над лицами с заострением личностных особенностей (13 больных).

Распределение типов заострения личностных особенностей показало, что в контрольной группе отмечается преобладание лиц с неустойчивым типом (9 больных), на втором месте – астенический тип (3 больных) и на последнем – эксплозивный и шизоидный типы (по 2 человека соответственно). В основной группе наблюдалось в 2 раза больше лиц с астеническим типом (6 больных) и в 3 раза меньше лиц с неустойчивым типом заострения личности (3 пациента).

Анализ структуры деградации личности у больных в контрольной и основной групп выявил следующие различия: в контрольной группе с психопатоподобным типом – 4 человека, с аспонтанностью – 3 человека; в основной группе по 5 человек с психопатоподобным типом и аспонтанностью, 4 человека – с хронической эйфорией.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование показало, что деградация личности чаще возникает у больных алкоголизмом, перенесшим алкогольные психозы, причем наиболее часто встречаются такие варианты деградации, как психопатоподобный и деградация с аспонтанностью. В возникновении и развитии алкогольной деградации личности определенную роль играет возраст первой алкогольной пробы, длительность хронического алкоголизма и низкая толерантность. Последний фактор может свидетельствовать о ключевой роли печеночного фактора, как в возникновении алкогольных психозов, так и в формировании алкогольной деградации личности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бурно М.Е. Краткий характерологический опросник / М.Е. Бурно. Изд. 2-е, переработанное. – М.: Изд-во Рос. общества медиков-литераторов, 2007. – 8 с.
2. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий. Их статика, динамика, систематика / П.Б. Ганнушкин. – М.: Север, 1933. – 143 с.
3. Гофман А.Г. Клиническая наркология / под редакцией А.Г. Гофмана. - М.: «МИКЛОШ», 2003. С. 90-165.
4. Иванец Н.Н. Современные проблемы наркологии // Наркология. 2002. №6. С. 2-7.
5. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Металкогольные (алкогольные) психозы / Н.Н. Иванец, М.А. Винникова // Руководство по наркологии / под редакцией Н.Н. Иванца. – М.: Медпрактика-М, 2002. С.233-268.
6. Кошкина Е.А., Киржанова В.В., Гуртовенко В.М. Оценка распространенности употребления психоактивных веществ в различных регионах Российской Федерации. Аналитический обзор. М., 2007. 52 с.
7. Немцов А.В. Алкогольная смертность в России. – М., 2001. – 86 с.
8. Онищенко Г.Г., Егоров В.Ф. Алкогольная ситуация в России. О концепции государственной алкогольной политики в Российской Федерации // Наркология. №1. 2003. – С.4-7.
9. Сидоров П.И. Наркологическая превентология: Руководство. – Изд. 2-е, перераб. и доп. / П.И. Сидоров. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – С. 15-44.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОННОГО ПАРАМАГНИТНОГО РЕЗОНАНСА В ХИРУРГИИ**Хижненко М. Ю.***Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра общей хирургии***Научные руководители: д.м.н., проф. Винник Ю. С., к.м.н., доц. Теплякова О. В.**

В настоящее время накопилось много данных об изменениях состояния свободнорадикального окисления в организме при различных заболеваниях: воспалительных процессах, хирургических заболеваниях и т.д. Установлено, что нарушение свободнорадикального окисления является универсальным неспецифическим звеном патогенеза и общей закономерностью развития различных заболеваний.

Одним из методов оценки свободнорадикального окисления является электронный парамагнитный резонанс.

Целью нашего исследования: систематизировать данные литературы по поводу значения и применения электронного парамагнитного резонанса в хирургии.

Явление электронного парамагнитного резонанса (ЭПР) открыто советским физиком Завойским Евгением Константиновичем в 1944г., что послужило основой для создания метода спектроскопии электронного парамагнитного резонанса, который широко используется для исследования парамагнитных частиц, содержащих неспаренные электроны [1].

Примером парамагнитных частиц в биологических объектах являются свободные радикалы, металлы переходной группы таблицы Менделеева, такие как Fe (2+), Co (2+), Ni (2+), Cu (2+), Mn (2+), а также парамагнитными являются металлы с переменной валентностью в составе белков: метгемоглобин, церулоплазмин, трансферрин.

Электронный парамагнитный резонанс позволяет наблюдать окислительно-восстановительные реакции с участием этих частиц и тем самым судить о процессах, происходящих с участием радикалов и ионов [1].

Метод электронного парамагнитного резонанса основан на явлении взаимодействия внешнего магнитного поля H с магнитным моментом неспаренного электрона.

Блок-схема ЭПР-спектрометра. Одной из основных составляющих частей ЭПР-спектрометра является мощный магнит, создающий поле H , между полюсами которого помещаются образец, источник и приемник электромагнитного излучения.

Для достижения условия резонанса в ЭПР-спектрометре линейно и плавно изменяют напряженность поля H . Предъявляются высокие требования к степени однородности поля, что приводит к необходимости пользоваться магнитными полюсами достаточно больших размеров и ограниченными размерами образца. Источником радиочастотного (СВЧ) излучения служат специальные лампы – клистроны. При этом частота излучения фиксирована. Для передачи СВЧ-излучения к образцу используют волноводы. Образец помещают в резонатор, который накапливает энергию проводимого излучения в условиях резонанса. В момент резонанса образец поглощает СВЧ-излучение, что регистрируется как уменьшение мощности СВЧ, приходящего на детектор. Регистрацию резонансного поглощения в образце производят с помощью кристаллического детектора - полупроводникового диода. Усиленный сигнал поступает в устройство обработки и отображения информации, в качестве которого обычно используют компьютер [1].

Спектр электронного парамагнитного резонанса следует рассматривать как совокупность сигналов от парамагнитных центров различной природы.

В первую очередь отметим сигнал, соответствующий появлению в крови свободных радикалов (осколков органических молекул). Это могут быть как кислородсодержащие, так и катион радикалы (продукты ионизации различных витаминов и низкомолекулярных соединений ароматического ряда, например, гидрохинонов, токоферола, АТФ и др.). Именно для таких парамагнитных центров характерны небольшая полуширина линии (12 Гс) и g фактор - 2,0 (характеризует положение линии в спектре). Значительное увеличение или уменьшение сигналов электронного парамагнитного резонанса (т.е. повышение или снижение концентрации радикалов в крови) свидетельствует, скорее всего, о протекании в организме патологических процессов [4].

Кроме указанных радикалов, в спектрах электронного парамагнитного резонанса фиксируется ряд других сигналов. Так, парамагнитные частицы, содержащие ионы Fe (3+) и имеющие g фактор - 6,0, идентифицируют как метгемоглобин (MetHb), а имеющие g фактор 4,26 – как трансферрин (Тф). Парамагнитные частицы, содержащие ионы меди (Cu 2+), имеющие g фактор 2,05, идентифицируют как церулоплазмин (Цп).

Указанные сигналы, по сложившемуся в литературе мнению, в определенной мере несут информацию о состоянии кроветворной системы (соотношение метгемоглобин и трансферрин) и антиоксидантной системы (церулоплазмин) организма [4].

Появление в крови метгемоглобина отражает первый этап деструкции гемоглобина и дальнейшей дегградации эритроцитов. По уровню его содержания можно судить об интенсивности процесса гемолиза. Образование метгемоглобина чаще всего связано с появлением перекиси водорода. Его высокая концентрация приводит к гипоксии.

Церулоплазмин окисляет двухвалентное железо до трехвалентного, элиминирует супероксидные радикалы и предупреждает окисление липидов в мембранах клетки. Обладает супероксиддисмутазной, пероксидазной, феррооксидазной и аминоксидазной активностью.

Известно также, что молекула апотрансферрина обладает антиоксидантной активностью. По мере насыщения апотрансферрина железом антиоксидантная активность этого белка снижается. Следовательно, интенсивность сигнала трансферрина находится в обратной зависимости от антиоксидантной системы крови.

При физиологических концентрациях церулоплазмин и апотрансферрин ингибируют свободнорадикальное окисление примерно на 50%, поэтому отношение церулоплазмин-трансферрин является важнейшим показателем антиоксидантного статуса крови.

Таким образом, одним из важнейших показателей антиоксидантного статуса крови является антиоксидантная система церулоплазмин-трансферрин, представляющая первую линию антиоксидантной защиты организма [5].

В литературе имеются лишь единичные сведения об определении содержания церулоплазмينا и трансферрина при различных патологических состояниях: онкологических, иммунопатологических, депрессивных методом электронного

парамагнитного резонанса. Все авторы отмечают у обследованных больных снижение уровня церулоплазмينا и антиоксидантной активности системы церулоплазмин-трансферрин в плазме крови, что указывает на снижение антиоксидантной защиты в организме.

Например, по данным О.Л.Белой, Л.М. Байдер и З.В. Куроптевой при атеросклерозе и ИБС в связи с интенсификацией процессов перекисного окисления липидов под влиянием активных форм кислорода активность антиоксидантной системы также снижается. В норме соотношение церулоплазмин-трансферрин как в крови, так и в плазме составляет 1:1. Поскольку церулоплазмин и трансферрин белки, их метаболизм связан с функцией печени и, в частности, с белковосинтетическими системами.

Р.Г. Сайфутдинов, А.В.Щербакова занимались изучением парамагнитных центров плазмы, эритроцитов, дуоденального содержимого у больных с хроническим бескаменным холециститом (ХБХ) и острым калькулезным холециститом (ОКХ) и у здоровых людей с помощью ЭПР-спектроскопии. Данные исследования представлены в таблице.

Группа обслед-х	Fe 3+ в плазме	CP в плазме	CP в Ер	Cu в сод-м ДПК	CP в сод-м ДПК	Mn в сод-м ДПК
ОКХ (n=29)	17,73+-0,91	0,75+-0,05	1,17+-0,1	5,07+-0,63	4,78+-0,09	6,21+-0,83
ХБХ (n=53)	15,93+-0,89	0,68+-0,02	0,84+-0,03	1,40+-0,07	0,96+-0,08	4,77+-0,61
Здоровые (n=20)	12,36+-0,74	0,30+-0,03	0,55+-0,03	0,87+-0,07	0,68+-0,07	8,37+-0,56

Наиболее информативными для диагностики обострения хронического холецистита являются следующие парамагнитные центры: в плазме - Fe (3+) трансферрин и свободные радикалы (CP); в эритроцитах – свободные радикалы; в порции В дуоденального содержимого - Cu(2+), свободные радикалы и Mn(2+). Величина указанных парамагнитных центров зависит от остроты процесса. А у больных острым калькулезным холециститом в пузырной желчи, полученной во время операции, появляются сигналы Fe 3+ с g=6,0 на метгемоглобин и Fe 3+ с g= 4,3 с формой спектра, характерной для его локализации на альбумине, отсутствующие в дуоденальном содержимом. Их концентрация связана со степенью тяжести острого калькулезного холецистита и выше у больных с деструктивными формами. При остром калькулезном холецистите уровень Cu (2+) церулоплазмينا плазмы более чем в 3,5 раза выше, чем у больных хроническим бескаменным холециститом в фазе обострения. Исследование данного парамагнитного центра позволяет дифференцировать острый калькулезный холецистит и обострение хронического бескаменного холецистита [3].

Неоспоримыми достоинствами метода ЭПР-спектроскопии в связи с возможностями его использования в медико-биологических исследованиях, а также практической медицине являются следующее: возможность исследовать мутные среды (кровь, слюна, сурфактант), малые требуемые объемы жидкостей, берущихся для анализа (не более 200 мкл), возможность получения информации на мембранном и даже молекулярном уровне, воспроизводимость, быстрота получения спектров электронного парамагнитного резонанса, основательная теоретическая база для интерпретации получаемых данных, а также компактность современной аппаратуры для ЭПР-исследований. Высокая чувствительность метода электронного парамагнитного резонанса позволяет обнаруживать крайне малые количества (10^{-11} – 10^{-12} моль/л) парамагнитных частиц, среди которых встречаются свободнорадикальные и ионные частицы, структуры или макромолекулы, содержащие неспаренные электроны[3].

На основании нашего исследования можно сделать выводы о том, что значение метода ЭПР в хирургии велико. Он позволяет:

1. Определять количество:
 - свободных радикалов (свидетельствует о протекании в организме патологических процессов)
 - металлов с переменной валентностью в составе белков (несет информацию о состоянии кроветворной системы (соотношение метгемоглобина и трансферрина) и антиоксидантной системы (церулоплазмин) организма)
2. Определять степень тяжести болезни
3. Оценивать завершенность патологического процесса
4. Осуществить индивидуальный подбор лечения
5. Оценивать эффективность проводимой патогенетической (в том числе, антиоксидантной и дезинтоксикационной) терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сайфутдинов Р.Г., Щербакова А.В. Парамагнитные центры некоторых биологических сред больных холециститами // Терапевтический архив. – Москва, 2000. - №2. – С. 26-28
2. Сидоренко В.М. Молекулярная спектроскопия биологических сред. – М.: Высшая школа, 2004.-189с.
3. Стрелко В.В., Картель Н.Т., МIRONЮК Т.И. и др. ЭПР-спектроскопия крови как метод оценки состояния организма и эффективности терапевтического действия энтеросорбентов // Эфферентная терапия. – Москва, 2003. - №3. – С. 19-25
4. Тимошин А.А., Орлова Ц.Р., Ванин А.Ф. и др. Динитрозильные комплексы железа - новый тип гипотензивных препаратов // Российский химический журнал. – Москва, 2007. - №1. – С. 88-92

ИССЛЕДОВАНИЕ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА МЕТОДОМ ИНДУЦИРОВАННОЙ ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНЦИИ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ПАТОЛОГИИ БИЛИАРНОГО ТРАКТА, И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ЕГО ПУТИ КОРРЕКЦИИ

Хижненко М. Ю., Красавина Е. Ю., Брюханова П. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра общей хирургии*

Научные руководители: д.м.н., проф. Винник Ю. С., к.м.н. Теплякова О. В., асс. Михайлович П. Ю.

Введение. Желчно-каменная болезнь (ЖКБ) является одним из самых распространенных заболеваний. При плановом хирургическом лечении неосложненной ЖКБ послеоперационная летальность минимальна (0,2-0,3 %), но при возникновении осложнений ЖКБ летальность составляет 0,5-3,2% (при оперативном лечении) и 10-16% (при проведении консервативной терапии) [1]. По поводу ЖКБ преимущественно оперируются пациенты среднего и пожилого возраста с высокой степенью анестезиологического риска, для которых характерна тяжелая сопутствующая патология [2] (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, перенесенные инсульт и острый инфаркт миокарда, сахарный диабет, бронхиальная астма, ожирение и др.), что может стать главной причиной периоперационных осложнений и летальности.

Цель исследования. Повысить эффективность периоперационной защиты у больных с высоким анестезиологическим риском при операциях на желчновыводящих путях, путем выбора методики анестезии, обеспечивающей высокий уровень нейровегетативной, стресс-протективной, антиоксидантной и антигипоксической защиты, за счет применения нового лечебно-диагностического комплекса, основанного на использовании хемилюминесцентного анализа.

Материалы и методы исследования. Данная работа основана на результатах исследования, проведенного в период 2009 г. на базе Красноярской городской клинической больницы №7, у 30 пациентов с желчно-каменной болезнью, которым была выполнена холецистэктомия из «мини-доступа». Среди обследованных было 8 мужчин (26,6%) и 22 женщины (73,4%) в возрасте от 40 до 78 лет. По возрасту больные распределились следующим образом: 40 -50 лет – 9 человек (30 %), 50-60 лет – 8 человек (26,6 %), 60-70 лет – 10 человек (33,3 %), 70-80 лет – 7 человек (23,3 %). Средний возраст больных в контрольной группе составил $58 \pm 1,3$ лет, в исследуемых – $62,6 \pm 1,2$ и $57 \pm 1,3$ соответственно. Достоверного различия по возрасту между группами не было ($p > 0,25$). Масса тела больных контрольной группы – $88 \pm 0,41$ кг, в исследуемых – $90 \pm 0,44$ кг, $91 \pm 0,43$ кг соответственно, без достоверного различия между группами ($p > 0,25$). Объективным статусом тяжести анестезиологического риска по классификации американского общества анестезиологов по (ASA) II -25 человек (83,3%), III- 5 человек (16,7%).

Общая характеристика сопутствующих заболеваний, диагностированных до операции у больных с патологией желчно-выводящих путей

Таблица 1

Патология	Контрольная I группа Количество Проценты	Исследуемая II группа Количество Проценты	Исследуемая III группа Количество Проценты	Итого: Количество Проценты
Гипертоническая болезнь	7 70%	6 60%	7 70%	20 66,6%
Ишемическая болезнь сердца	3 30%	4 40%	5 50%	12 40%
Сахарный Диабет	2 20%	3 30%	3 30%	8 26,6%
Ожирение	3 30%	2 20%	4 40%	9 30%
Варикозное расширение вен нижних конечностей	5 50%	6 60%	7 70%	18 60%
Бронхиальная астма	0	1 10%	1 10%	2 6,6%

Пациентам была выполнена операция: холецистэктомия, из «мини-доступа». Операции проводились в условиях многокомпонентной внутривенной анестезии с тотальной миоплегией и искусственной вентиляцией легких, по следующей схеме. Премедикация, которая включала в себя внутримышечное введение за 30 минут до операции следующих препаратов: промедол в дозе $0,3 \pm 0,001$ мг/кг, атропин – $0,07 \pm 0,0001$ мг/кг, димедрол – $0,14 \pm 0,002$ мг/кг. Больным всех групп индукцию в анестезию проводили внутривенным введением реланиума в дозе $0,14 \pm 0,001$ мг/кг, тиопентала натрия – $6,5 \pm 0,09$ мг/кг, фентанила – $2,64 \pm 0,05$ мкг/кг. Интубация трахеи проводилась после создания полной миоплегии дитилином $2,02 \pm 0,03$ мг/кг. ИВЛ в условиях миорелаксации ардуаном в дозе $0,04 \pm 0,005$ мг/кг/час. Поддержание анестезии больным всех групп : реланиум – $0,12 \pm 0,002$ мг/кг, фентанил – $2,44 \pm 0,05$ мкг/кг, дроперидол – $0,04 \pm 0,002$ мг/кг, тиопентал натрия – $2,86 \pm 0,07$ мг/кг, кетамин- 1- $1,3 \pm 0,05$ мг/кг/. Методика воздействия мексидола и даларгина на адренергическую и опиоидную антиноцицептивные системы в периоперационном периоде у больных, оперированных по поводу заболеваний билиарного тракта, которая применялась с учетом общепринятых показаний и противопоказаний к перечисленным препаратам. Больным всех групп проводилась инфузия кристаллоидов, коллоидов. Из коллоидных растворов предпочтение отдавалось гидроксипропиленкрахмалам.

Распределение больных на группы и методика интраоперационной коррекции окислительного и хирургического стресса в клиническом исследовании представлены в таблице.

Таблица 2

Название группы Количество больных	Характеристика анестезиологического обеспечения	Методика интраоперационной коррекции окислительного и хирургического стресса
I Контрольная группа	Анестезиологическое	
10	пособие (без коррекции Хирургического и окислительного стресса).	
II Исследуемая группа 10	Анестезиологическое пособие + применение мексидола	Мексидол в дозе 200 мг на 200 мл Sol.NACE, в/в, со скоростью 60 капель в минуту (этап индукции)
III Исследуемая группа 10	анестезиологическое пособие + применение мексидола в комбинации с даларгином	Мексидол в дозе 200 мг на 200 мл Sol.NACE, в/в, со скоростью 60 капель в минуту (этап индукции) + Даларгин В дозе $1,0 \pm 0,55$ мг/кг в темпе $3,0 \pm 0,15$ мг/кг в час (основной этап анестезии)

После окончания операции на фоне адекватного спонтанного дыхания больные переводились в хирургическое отделение. Всем больным в раннем послеоперационном периоде проводилась инфузионная терапия кристаллоидами $28,5 \pm 1,4$ мл/кг, антибиотикопрофилактика цефтриаксоном 1 г/сутки, обезболивание наркотическими (промедол) и ненаркотическими (кетонал 2 мл 3 раза в сутки) анальгетиками.

Метод исследования окислительного стресса. Индуцированная хемилюминесценция сыворотки.

В работе использовался биолюминесцентный анализатор БЛМ 8802 М, сопряженный с компьютером в диалоговом режиме (СКТБ «Наука» КНЦ СО РАН). Прибор состоит из кюветного отделения, обеспечивающего размещение анализируемого образца, его перемешивание, размещение фотодатчика (ФЭУ), усилителей аналогового и счетного режимов, источника питания ФЭУ, а также измерительного блока, обеспечивающего регистрацию интенсивности сигнала и его светосуммы за заданное оператором время, констант нарастания и спада ХЛ сигнала. Объектом хемилюминесцентного исследования служила сыворотка крови на трех этапах исследования:

1. До премедикации.
2. После выполнения холецистэктомии.
3. После экстубации.

Для хемилюминесцентного анализа кровь у больных забирали из кубитальной вены и центрифугировали при 2000 об./мин в течение 15 минут, после чего сыворотку из пробирки осторожно забирали и использовали для ХЛ анализа.

В измерительную кювету вносили 0,1 мл сыворотки крови; 0,4 мл фосфатного буфера ($\text{KH}_2\text{PO}_4 - 0,272 \text{ г/100 мл}$, $\text{KCl} - 0,780 \text{ г/100 мл}$, $\text{pH}=7,5$), 0,1 мл раствора сульфата железа ($0,01 \text{ мМ} - 0,7 \text{ г/100 мл}$), 0,1 мл люминола (приготовленного на 1 н раствора КОН). Иницирование СРО осуществляли введением 0,1 мл 1% H_2O_2 . Время регистрации показателей составляло 30-60 секунд. Использовали следующие показатели:

I_{max} , мВ – амплитуда вспышки (максимальная интенсивность) ХЛ, наступающей после введения инициаторов.

S , мВ*с – светосумма реакции.

K , у.е.- коэффициент антиоксидантной активности, равный отношению максимальной интенсивности ХЛ к светосумме.

α , у.е.- тангенс угла падения кинетической кривой.

Амплитуда вспышки ХЛ пропорциональна исходному содержанию гидроперекисей в пробе. Величина амплитуды ХЛ, инициированной перекисью водорода, зависит от комплекса взаимодействующих факторов, в числе которых главенствующее место отводится окисляемости липидов, концентрации металлов переменной валентности и содержанию природных антиоксидантов в исследуемом биологическом субстрате.

Светосумма – основной параметр оценки интенсивности ХЛ, позволяющий судить о скорости расходования свободных радикалов в процессе их взаимодействия с АОС, указывает на концентрацию гидроперекисей и интенсивность перекисидации, слабо зависит от концентрации железа и образующегося кислорода, обратно пропорциональна активности антиоксидантной системы.

Отношение I_{max}/S характеризует общую антиоксидантную активность плазмы крови. α – показатель скорости спада процессов свободнорадикального окисления в плазме, коррелирующий с индексом K .

Результаты и их обсуждение.

Динамика показателей степени выраженности окислительного стресса у больных первой группы.

Таблица 3

Показатель	До анестезии	Травматический этап операции	Экстубация	1 сутки после операции
I_{max} , мВ	81,3	136	76	54
S , мВ*с	130970,6	74814	60424	40325
$Tg \alpha$, у.е.	0,00373	0,00895	0,00298	0,00154
$K = I_{\text{max}}/S$, у.е.	0,00062	0,001817	0,001257	0,001339

(при $P < 0,05$)

Динамика показателей степени выраженности окислительного стресса у больных второй группы.

Таблица 4

Показатель	До анестезии	Травматический этап операции	Экстубация	1 сутки после операции
I max, мВ	84,5	69	30	28,7
S, мВ*с	140876,5	59304	28028	25036
Tg α, у.е.	0,00485	0,00254	0,00236	0,00175
K= I max/ S, у.е.	0,00059	0,00116	0,00107	0,00114

(при P<0,05)

Динамика показателей степени выраженности окислительного стресса у больных третьей группы.

Таблица 5

Показатель	До анестезии	Травматический этап операции	Экстубация	1 сутки после операции
I max, мВ	90	68	27	15
S, мВ*с	70688	57688	56985	9320
Tg α, у.е.	0,0047	0,00256	0,00213	0,00083
K= I max/ S, у.е.	0,00127	0,00117	0,00473	0,00160

(при P<0,05)

Анализируя динамику изменения показателей, что средняя амплитуда I max в предоперационном периоде достоверно не отличалась во всех группах, а во время травматического этапа в ходе операции в группе больных, где применялась только тотальная внутривенная анестезия, отмечалось повышение параметров характеризующих высокую активность ПОЛ с угнетением компенсаторной собственной защитной антиоксидантной системой организма, чем при анестезии с сочетанным применением мексидола и даларгина. Дополнительное использование мексидола интраоперационно эффективно нивелировало реакции перекисного окисления липидов.

Выводы. Методика анестезии, основанная на сочетанном воздействии на опиоидную, адренергическую, антиоксидантную системы позволяет надежно защитить больных от хирургического травмы, а так же снизить количество осложнений, как в интра-, так и в послеоперационном периоде. Сочетание мексидола и даларгина является наиболее оптимальной комбинацией в периоперационной адьювантной терапии у пациентов с высокой степенью анестезиологического риска с патологией желчевыводящей системы, и может быть рекомендована к применению в практической анестезиологической практике.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ермолов А.С. Хирургия желчно-каменной болезни. М., 1997.
2. Морган Д.Э., Михаил М.С. Клиническая анестезиология// Пер. с англ. М., 2000 Т.2 с. 7-33,34-35,116-152.
3. Бунятян А.А., Рябов Г.А., Маневич Н.З., 1984.
4. Белоусов С.С. с соавт., 1998; Мумладзе Р.Б. с соавт. 2000
5. Гусев Е.И., Скворцова В.И. 2001, Дж. Эдвард Морган-мл. 1998, Эйткинд А.Р. 1999, Hellenberg J.M. 1996.
6. Архангельский А.В., с соавт., 1980; Максимов В.А., с соавт. 1997; Шалимов С.А. с соавт., 1992.

УДК 617.55-007.43

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Хосроева С. О.

*Северо-Осетинская государственная медицинская академия
Кафедра общей хирургии с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии*

Научный руководитель: д.м.н., проф. Хестанов А. К.

Хирургическое лечение больших ventральных и послеоперационных ventральных грыж, передней брюшной стенки является актуальной проблемой. Частота рецидивов составляет 10-15% (Н.В.Антропова, В.В. Жебровский, К.Д. Тоскин, R.B.Cornell, G.M. Kerlakian), а по данным некоторых авторов достигает 44% (А.Х.Орфаниди). При этом рецидивы первичных операции наблюдаются у 5-45% (М.Т. Амренов, С.Д.Андреев, И.С.Коган), а после повторных у 20-61,8% (Н.Г. Гатауллин, Н.З. Монаков). С увеличением количества хирургических вмешательств, нарастает и количество послеоперационных ventральных грыж, поэтому сейчас эта проблема стала особенно актуальной. Послеоперационные грыжи составляют до 25% всех грыж, уступая только паховым. Ежегодно производится около 200000 операций по поводу послеоперационных и ventральных грыж. Лечение послеоперационных ventральных грыж особенно разнообразно и связано это с тем, что результатов лечения ПВГ неудовлетворительны.

В настоящее время наиболее часто используется: эндопротезирование и аутопластический способы лечения.

Цель работы: улучшение результатов лечения больных с послеоперационными ventральными грыжами, путем. изучение послеоперационных осложнений и результатов лечения больных с послеоперационными ventральными грыжами, с указанными вариантами пластики.

Материалы и методы: Исследовано 100 больных со средними, большими и гигантскими ventральными грыжами, находившиеся на лечении в хирургических отделениях Клинической больницы скорой помощи г.Владикавказ и Клинической больницы Северо-Осетинской государственной медицинской академии в период с 1996 по 1999 и с 2002-2004 годы. В зависимости от выполненной пластики они были разделены на две группы: I группу составили больные с эндопротезированием передней брюшной стенки 42 (42%), а II группу больные с аутопластикой 58 (58%).

В I группе количество мужчин-17(40,48%), женщин -25(59,52%) . во II группе мужчин -12(20,69%) , а женщин -46 (79,31%).

Сопутствующие патологии в I и во II группе примерно одинаковы. Причем в I группе больных с ожирением было 5 (11,9%), с заболеванием сердечно - сосудистой системы 22 (52,3%) и с патологией пищеварения – 12(28,57), а во II группе с ожирением – 8(13,79%) пациентов, с заболеванием сердечно - сосудистой системы – 27(46,55%), с патологией пищеварительной системы – 15(25,86%).

В I группе больных со средними грыжами было 16(38,09%), с большими – 9(21,42%) и с гигантскими – 7(16,6%). Во II группе больных со средними грыжами было 43(74,1%), с большими грыжами – 9(15,5%), и с гигантскими – 6(10,34%) пациентов.

У больных в первой группе применялись способы эндопротезирования по методикам Onlay, Inlay и Onlay- Inlay.

Onlay - это способ при котором производится пластика грыжевых ворот с наложением эксплантата на апоневроз с образованием дубликатуры или без нее.

Inlay - наложение сетки под апоневроз без его ушивания .

Inlay-onlay – это наложение сетки под- и над апоневрозом без его ушивания.

Во второй группе были применены аутопластические способы: Сапезко, Мейо, П- образным швом, по Мартынову.

Результаты: В первой группе из местных осложнений в послеоперационном периоде наблюдались: Серомы, они развивались в основном при Onlay способе лечения, у 7 больных(16,6%), нагноение ран у 2 больных(4.76%), что потребовало удаления сетки.

Основная часть данных осложнений приходится на средние грыжи.

Из общих осложнений наблюдались пневмония, которая выявлена у 2 больных (4,7%), оперированных по поводу гигантской грыжи ONLAY способом, а непроходимость у 1(2,35%) больного с гигантской грыжей, оперированного INLAY способом. Случаев перитонита в данной группе не было.

Из местных осложнений во второй группе наблюдались: нагноение у – 8 пациентов (13,79%) и серома у 6 больных (10,34%).

Во второй группе из общих осложнений наблюдались: пневмония у 3(5,17%) больных, послеоперационная кишечная непроходимость (при лечении больших грыж) у 3 пациентов (5,17%) , в 2 случаях (3,45%) развился перитонит (у больных оперированных по поводу гигантских грыж).

Общее количество осложнений в I группе составило 12 (28,57%) случаев, а во II группе 21 (26,2%).

Рецидивы выявлены путем анкетного опроса и повторных осмотров, в сроки от 2 месяцев до трех лет после операции.

Рецидив грыж в I группе отмечен у 2 пациентов(4.76%), оперированных по методике Onlay в результате нагноения ран и отторжения трансплантата.

Рецидивы грыж во II группе отмечены у 19 пациентов (32,7%).

Наибольшее количество рецидивов приходилось на первый год после операции.

Вывод: Количество рецидивов при хирургическом лечении послеоперационных вентральных грыж значительно ниже по сравнению с аутопластическими способами, что можно объяснить использованием принципов ненапряжной герниопластики. При лечении послеоперационных грыж больших размеров предпочтение следует отдавать протезирующим способам лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Египев В.Н. Атлас оперативной хирургии грыж.// Хирургия – Москва 2003г: С. 143-207.

УДК 141.333

«ИСКУССТВЕННЫЙ РАЙ» КАК МНИМОЕ ОБРЕТЕНИЕ СЕБЯ

Хохлова С. Н.

*Омский государственный университет им. Ф. М. Достоевского
Омская государственная медицинская академия*

Кафедра философии, социально-гуманитарных и экономических наук

Научный руководитель: к.ф.н. Мироненко Т. В.

«Кажется весьма маловероятным, что человечество в целом сможет когда-либо обходиться без Искусственного Рая. Большинство людей ведут жизнь в худшем случае столь мучительную, а в лучшем случае столь монотонную, скудную и ограниченную, что побуждение к побегу, стремление превзойти самих себя хотя бы на несколько мгновений являются и всегда являлись основополагающими потребностями души»

(Хаксли)

Мифологема «рай» задана в культурном опыте человека архетипично.

В человеке есть фундаментальная потребность в поиске себя (поиске бога в себе), а значит и своего места в мире, своего собственного, незаместимого, такого, где человек един с миром и с собой. Удерживая собой понимание такого места, где человек един с миром, где он обрел себя как самость, она, мифологема рая, есть одновременно и место, трансцендентное миру повседневности. Это труднодоступное, отовсюду огражденное пространство, обладающее сакральным статусом. Путь туда полон опасностей, но там человека ждет необыкновенный свет, невиданное изобилие, избавление от печалей и вечное блаженство. Обретение этого места всегда связано с духовными усилиями и страданиями.

Между тем, современный мир – это мир «легкомысленных феноменов потребительского быта» [2, 11], в котором человек привык только брать и ничего не отдавать взамен. Он противится усилиям духа, но он не может ничего сделать с фундаментальной потребностью быть собой. Она подавлена сегодня, но она проговаривается в стремлении создать искусственный рай.

Человек хочет рая подлинного, но он оборачивается искусственным. Это кажется парадоксальным и странным, поскольку само стремление к обретению рая продиктовано недоверием к иллюзорному, неподлинному, искусственному миру, а рай обретается именно как искусственный.

«Если бы расчищены были врата восприятия, всякое предстало бы человеку, как оно есть – бесконечным» [1, 191]. Но человек замуровал себя, он видит всё через узкие щели «пещеры своей». Казалось бы, нужно искать настоящие двери, но мы создаем очередной симулякр. Вот и рай мы сделали искусственным.

«Человек – единственное животное, которое может скучать, которое может чувствовать себя изгнанным из рая». Он тот, для кого «его собственное существование является проблемой, которую он должен решать и от которой он не может убежать» [3, 28]. И потому тоска по Раю есть свидетельство о мечте человека не быть человеком, человеком земным, связанным условностями и схемами современного общества и не способным прорваться к себе настоящему.

Главная прелесть Искусственного Рая – в самозабвении, самотрансценденции. Сбросив оковы своего земного Я, человек приближается к Богу (точнее, ему так кажется). В искусственном рае есть всё, что можно ожидать от рая настоящего, кроме Бога, и человек сам становится богом в этом запертом изнутри рае (тюрьма!). Можно разминуться с богом в жизни, но не встретить его в раю – это уже духовная патология.

За искусственным раем следует самый настоящий ад (этот рай и есть завуалированный ад), однако это не останавливает человека в стремлении хотя бы миг не быть собой, убежать, приблизиться к бесконечности.

Он (искусственный рай) – зеркальное отражение настоящего рая, кривое зеркало, нравственный сюрреализм. Театр одного актера и одного зрителя (у Бодлера – «театр серафимов»). Настоящий рай огражден от нечестивцев, зло не может туда проникнуть. Искусственный рай ограждает человека от мира и самого себя; зло внутри этого рая, и оттуда нельзя сбежать. Если настоящий рай следует после испытанных в жизни страданий, то искусственный же рай предваряет невыносимые страдания, которыми всё и заканчивается. От человека остается лишь некое виртуальное пространство. Рай становится не только искусственным, но и принудительным. Уже не ты куришь трубку, а трубка выкуривает тебя. Надеясь встретиться с самим собой, человек теряет свое Я, вместо целостности он находит распад, и искусственный рай вместо благословения становится проклятием.

Помимо стремления к бесконечности, к иной реальности, избавления от боли и страданий (многие поневоле становились морфинистами), человек обращается к искусственному раю в поисках вдохновения. Однако «абсент – гений для бездарностей, но гибель для истинного гения». Именно поэтому Валери настаивает на том, что ему «бесконечно лучше написать в полном сознании и в совершенной ясности слабую вещь, чем родить по милости экстаза и помимо себя прекраснейший в мире шедевр».

Нужны ли разумному и одухотворенному человеку искусственные средства для достижения поэтической красоты? Нет. Подъем духа и воля – вот всё, что нужно. Не потому ли великие поэты, философы и пророки чистейшим упражнением воли приходили в состояние, в котором они обретали себя?

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Блейк У. Бракосочетание Неба и Ада // Песни Невинности и Опыта. - СПб., 2004.
2. Бодрийяр Ж. Символический обмен и смерть. – М., 2006.
3. Фромм Э. Искусство любить. – СПб., 2005.

УДК 616-053.5

ЗДОРОВЬЕ ГЛАЗАМИ ШКОЛЬНИКОВ И ИХ РОДИТЕЛЕЙ

Хохлова Е. В., Загуляева К. М.

*Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера
Кафедра пропедевтики детских болезней, факультетской педиатрии и сестринского дела в педиатрии*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Чиженко Н. И.

Актуальность. Здоровье – это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни и физических дефектов. Выделяют следующие факторы риска, воздействие которых приводит к нарушениям компенсаторных механизмов организма: социально-экономические (материальное благосостояние, жилищные условия, условия труда), социально-биологические (возраст родителей, пол, течение антенатального периода), экологические и природно-климатические, организационные или медицинские (уровень организации медицинской помощи) факторы. Здоровье на 50% и более обусловлено образом жизни человека или семьи, на 20% - состоянием загрязнения окружающей среды, на 20% - генетическими факторами, на 10% - уровнем развития медицины.

Цель работы заключалась в изучении взгляда школьников и их родителей на проблему здоровья и здорового образа жизни.

Материалы. Проведено единовременное анонимное анкетирование 20 школьников 11 класса общеобразовательной школы, средний возраст подростков составил 16,5±0,5 лет. Кроме этого были опрошены их родители по специально разработанной анкете.

Полученные результаты. При оценке социального статуса семьи установлено, что 95% школьников воспитывались в полной семье, воспитанием 5% школьников занимается мама. Экономический статус всех семей был средним.

Первый блок вопросов касался понятия здоровья и здорового образа жизни. Подавляющее большинство школьников выбрало определение здоровья ВОЗ - 75% школьников. Все родители также согласились с этим определением. Для 10% школьников ведущим критерием здоровья является внешняя физическая красота, 15% респондентов затруднились ответить на этот вопрос. В шкале жизненных ценностей здоровье является важнейшим критерием у 60% школьников. Для всех родителей здоровье – это основной показатель благополучия семьи. 40% школьников поставили на 1 место материальное благополучие, карьере, личную жизнь и другие ценности, в то время как здоровье стоит на 3-4 месте. Подавляющее большинство школьников знают, что от образа жизни зависит благополучие конкретного человека. Как показали исследования, 85% школьников не придают большого значения здоровью и здоровому образу жизни. Большинство современных школьников знают о методах оздоровления организма. Массаж используют для оздоровления 60% школьников,

5% - водные процедуры, 3% - воздушные ванны, 1% - солнечные ванны, но все применяют их в повседневной жизни нерегулярно. При изучении физической активности школьников выяснилось, что 70% занимаются физической культурой только на уроках физического воспитания в школе, 20% дополнительно посещают занятия в спортивной секции, утреннюю гимнастику выполняют 20%, а 10% вообще стараются избегать уроков физического воспитания. Из блока вопросов, посвященных личной гигиене, стало известно, что все знают, но не все соблюдают правила личной гигиены. Зубы чистят регулярно 2 раза в день 90% школьников, 5% - 1 раз в день, 5% школьников могут ни разу не почистить зубы за день. Режим сна соблюдают 55% школьников, остальные укладываются спать позже 24 часов, что объясняют просмотром телепрограмм и работой за компьютером. Нас также интересовало состояние здоровья современных школьников, которое мы изучили по данным анкетирования. По мнению школьников, считают себя здоровыми 50%, 40% отмечают наличие у себя хронических заболеваний. В настоящее время широко распространены, особенно среди подростков, алиментарнозависимые заболевания и состояния. Поэтому следующий блок вопросов касался характера питания. На вопрос «правильно ли Вы питаетесь» положительный ответ дали только 30% респондентов. Большинство школьников (70%) питаются 3-4 раза в день, остальные – 2 раза в день. Ежедневно завтракают 70% подростков, остальные - от случая к случаю. Полноценный обед в школе получают только 55% школьников, остальные отдают предпочтение бутербродной продукции, булочкам, чипсам, сухарикам и др. Вкусовые качества продуктов питания важнее полезности для 60% ребят. При этом практически все школьники знают, что от питания зависит состояние их здоровья. Оказалось, что школьники не приучены вести здоровый образ жизни, так как родители не привили им эти навыки. Родителей гораздо больше интересуют вопросы здоровья их детей. По мнению 35% родителей не всё благополучно со здоровьем их ребенка. 50% анкетированных родителей считают своих детей здоровыми, 15% затруднились ответить на этот вопрос. По данным углубленного медицинского обследования у 65% школьников к выпускному классу имеется одно или несколько хронических заболеваний. К сожалению, прослеживается негативная тенденция пренебрежения профилактическими осмотрами и курсами восстановительной терапии. Большинство школьников предпочитают забыть, что у них проблемы со здоровьем.

Общеизвестен факт отрицательного воздействия на организм токсических веществ и алкоголя. Установлено, что 60% школьников курят, из них 30% каждый день выкуривает по 5-6 сигарет, редко, за компанию курят 30% подростков. Практически всем ребятам приходится быть пассивными курильщиками, из них 45% в компании с друзьями, 20% в присутствии курящих родителей, 20% в компании курящих друзей и родителей. Алкоголь употребляют 35% школьников и половина из них думают, что вред алкоголя зависит от количества выпитого, поэтому стараются употреблять алкоголь редко и в небольшом количестве.

Выводы. Как показало проведенное анкетирование, реальная действительность расходится со знаниями школьниками, что полезно и вредно для здоровья. Отсутствие приверженности к здоровому образу жизни у большинства школьников объясняется, по-видимому, менталитетом родителей.

УДК: 618.3 – 007.17:616 – 018.2

ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Храмченко Н. Д.

*Гродненский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Гурин А. Л.

Актуальность проблемы. Дисплазия соединительной ткани в гинекологии.

Генерализованный характер поражения соединительной ткани с вовлечением в патологический процесс репродуктивной системы не может не отразиться на течении беременности и родов.

У женщин при НДСТ отмечают аномалии развития и расположения половых органов, самопроизвольные аборт, осложнения течения беременностей и родов. В числе осложнений беременности встречаются: поздний гестоз, преждевременные роды, преждевременный разрыв плодных оболочек, родовой травматизм. У женщин с НДСТ часто регистрируют хроническую гипоксию и задержку внутриутробного развития плода, недоношенность детей, их малую массу при рождении, ишемически – гипоксическое повреждение ЦНС.

Цель работы: Пролапс гениталий – следствие травматических родов или генерализованной дисплазии соединительной ткани?

Было обследовано 208 женщин репродуктивного возраста. Все больные имели те или иные проявления ДСТ. Поэтому пролапс гениталий у молодых пациенток рассматривается не как самостоятельное заболевание, а как частное проявление ДСТ на уровне многих органов и систем.

Маркером ДСТ явились проявления на уровне различных органов и систем (наличие ДСТ подтверждено на иммуногистохимическом и гистологическом уровнях). Искривление позвоночника выявлено у 38% больных, плоскостопие – у 69,2%, гипермобильность суставов имели 58% женщин, оперировано по поводу грыж 14,4%, нефроптоз выявлен в 6,7% случаев, что значительно превышает частоту встречаемости его в популяции (1,5%) и т. д. Со стороны сердечно-сосудистой системы более чем у 62% больных отмечена склонность к вегетососудистым дисфункциям, частота встречаемости пролапса митрального клапана в группе с выраженными проявлениями ДСТ достигла 45,7%. Варикозная болезнь диагностирована у 64% больных. Указание на дискинезию желчевыводящих путей имели 11% больных.

Эти и другие клинические проявления, патогномичные для ДСТ, легли в основу шкалы оценки тяжести проявлений ДСТ (табл. I) на экстрагенитальном уровне, что позволило разделить больных по выраженности проявлений ДСТ.

В 1-ю группу с легкими (маловыраженными) клиническими проявлениями ДСТ вошли 34 (16,3%) женщины. Сумма баллов до 9.

Во 2 – ю группу с проявлениями ДСТ средней степени выраженности (умеренно выраженные) отнесены 74 (35,6%) женщины. Сумма баллов от 10 до 16.

3-ю группу с тяжелыми (выраженными) проявлениями ДСТ составили 100 (48,1%) пациенток. Сумма баллов 17 и более.

Несмотря на сложность постановки диагноза вследствие отсутствия четких морфологических критериев дифференциальной диагностики патологии коллагеновых волокон, диагноз ДСТ подтвержден на гистологическом и иммуногистохимическом уровне. С этой целью использовали связочный аппарат гениталий.

С морфологической точки зрения круглые и крестцово – маточные связки как поддерживающий аппарат выглядели практически нормально. Отмечалось лишь незначительное разобщение гладкомышечных пучков прорастающих пучкам коллагеновых волокон.

При иммуногистохимическом исследовании отмечено уменьшение коллагенов 2-го и 3-го типов, но особенно резко 1-го типа в круглых связках и диффузное уменьшение коллагена на 40 ± 1596 в крестцово-маточных связках. Выявлено депонирование синтезированного коллагена внутри фибробластов.

Кроме того, вспомогательными методами диагностики ДСТ могли служить исследования, связанные с состоянием тромбоцитарного звена гемостаза – морфологическая и функциональная характеристика тромбоцитов.

Для больных с ДСТ характерна склонность к кровотечениям, легкому образованию «синяков». Подобные проявления отмечены 68% больных. Кроме того, 76% больных 3-й группы и 43,2% больных 2-й группы предъявили жалобы на повышенную кровоточивость при повреждении кожных покровов. В 1-й группе подобные проявления наблюдались у 17,6% больных. Это можно объяснить не только слабостью стенки сосудов в связи с патологией коллагена, но и уменьшением коллагена в тканях, носящее генерализованный характер и вызывающее неполноценность самих тромбоцитов. Недостаточность коллагенового каркаса ретикулярной сети тромбоцитов у наших больных приводила к появлению вакуолизированных, гигантских форм до 35,1 – 47,4% при одновременном уменьшении зрелых до 35 – 41,9%.

Таким образом, проведенные исследования в сочетании с клиническими проявлениями симптомокомплекса ДСТ позволили доказать наличие данного заболевания.

Чем более выраженными были проявления ДСТ на полиорганном уровне, тем более тяжелыми формами был представлен пролапс гениталий. Тяжелые формы пролапса у 3-й группы больных (полное и неполное выпадение гениталий в сочетании со стрессовым недержанием мочи) наблюдались в 56%.

Пытаясь выявить значимость различных факторов, приведших к пролапсу гениталий у пациенток молодого возраста, и для подтверждения роли ДСТ в развитии пролапса гениталий был изучен паритет данной категории больных и время прогрессирования заболевания.

Из 206 женщин, имевших в анамнезе роды, 172 (83,5%) связывали развитие пролапса гениталий с родами. Количество родов в группах было почти одинаковым. Не было отмечено тенденции к затяжным родам. Наоборот, чем более выраженными были проявления ДСТ, тем чаще имели место быстрые и стремительные роды: в 3-й группе они составили 50,3% (первые роды) против 12,5% в 1-й группе. Та же тенденция отмечена при повторных родах. Акушерские щипцы применялись в 3-й и во 2-й группах лишь в 2 (2,0%) и 2(2,7%) случаях соответственно.

У исследуемых больных не выявлено факторов способствующих повышению внутриутробного давления (затяжные роды, оперативные пособия, тяжелые травмы тазового дна) и развитию пролапса гениталий. И тем не менее, чем выраженной было проявление ДСТ на полиорганном уровне, тем ранее развивался пролапс. Тяжелый пролапс после первых родов развивался в течение первого года у 33,3% больных 3 – й группы против 25 и 13,3% во 2 – й и 1 – й группах соответственно. В течение ближайших 3 лет пролапс развивался у 44 (52,4%), 26 (36,1%), 8 (27,1%) пациенток 3, 2 и 1 групп соответственно.

Вывод. Таким образом, роды (даже не осложненные) являлись провоцирующим фактором в развитии пролапса гениталий у женщин репродуктивного возраста с ДСТ. Чем ярче выражены проявления ДСТ на полиорганном уровне, тем раньше после родов развивался пролапс гениталий.

Хирургическая коррекция в течение ближайших пяти лет после родов потребовалась 52 (72,2%) пациенткам 3 – й группы, в то время как во 2 – й и 1 – й группах – 36 (51,4%) и 12 (37,5%) больных соответственно.

Следовательно, имелось явное несоответствие между течением родов (быстрые и стремительные роды, отсутствие травматических родов), относительно невысоким процентом травм тазового дна, рождением детей массой преимущественно до 3,5 кг (в 3 – й группе) и возникновением тяжелых форм пролапса гениталий в течение ближайшего года, потребовавших коррекцию в течение 5 лет.

Полученные данные свидетельствуют о том, что ДСТ, раннее формирование пролапса гениталий у женщин репродуктивного возраста после первых неосложненных родов является следствием генерализованной ДСТ. Роды, даже не осложненные являются провоцирующим фактором, запускающим весь механизм формирования пролапса гениталий у молодых больных. Степень тяжести пролапса гениталий и сроки его возникновения находятся в прямой зависимости от выраженности клинических проявлений ДСТ на полиорганном уровне.

Таблица 1

Критерии степени выраженности ДСТ

Малые признаки, по 1 баллу	1. Астенический тип телосложения или недостаточная масса тела 2. Отсутствие стрий на коже переднебрюшной стенки у женщин, имевших в анамнезе роды 3. Нарушение рефракции в возрасте до 40 лет 4. Мышечная гипотония и низкие показатели манометрии 5. Уплотнение свода стопы 6. Склонность к легкому образованию синяков, повышенная кровоточивость 7. кровотечение в послеродовом периоде 8. Вегетососудистые дисфункции 9. Нарушение сердечного ритма и проводимости (ЭКГ)
Большие признаки, по 2 баллу	1. Сколиоз, кифоз, кифосколиоз 2. Плоскостопие 2 -3 степени 3. Эластоз кожи 4. Гиперподвижность суставов, склонность к вывихам, растяжение

- Связочного аппарата суставов
5. Склонность к аллергическим реакциям и простудным заболеваниям, тонзилэктомии
 6. Варикозная болезнь, геморрой
 7. Дискинезия желчевыводящих путей
 8. Нарушение эвакуационной функции ЖКТ
 9. Угроза преждевременных родов на сроке беременности 32 -35 нед, преждевременные роды
 10. Быстрые и стремительные роды в анамнезе с гипотоническим Кровотечением или без него в 3 –м периоде родов
 11. Пролапс гениталий и грыжи родственников первой линии
- Тяжелые проявления и состояния, приводящие к хирургическим вмешательствам или имеющие показания к ним, а также изменения анатомических взаимоотношений, приведшие к нарушению функции органов, по 3 балла
1. Грыжи
 2. Спланхноптоз
 3. Варикозная болезнь и геморрой (оперативное лечение), хроническая венозная недостаточность с трофическими нарушениями
 4. Привычные вывихи суставов или вывихи более 2 суставов
 5. Нарушение моторной функции ЖКТ, подтвержденные лабораторными методами исследования (рентгенологические, рентгеноскопические)
 6. Дивертикулы, долихосигма
 7. Поливалентная аллергия, тяжелые анафилактические реакции

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Нечаева Г., Викторова И., Друк И. Дисплазия соединительной ткани //«Врач» 2001г №1 с.19-23
2. Перекальская М.А., Макарова Л.И., Верещагина Г.Н. Нейроэндокринная дисфункция у женщин с системной дисплазией соединительной ткани // «Клиническая медицина» - 2002г. Т.80 №4 с.48-51
3. Савельев С.В., Титченко Л.И., Гришин В.И., Яковлева Н.И. //«Акушерство и гинекология» 2001г.№4 с.33-37
4. Смольнова Т.Ю., Буянова С.Н., Савельев С.В., Петрова В.Д. Дисплазия соединительной ткани как одна из возможных причин недержания мочи у женщин с пролапсом гениталий //«Урология» 2001г. №2 с.25 - 30

УДК 21.009:316.37.

ТОРГОВЛЯ ЛЮДЬМИ – ПРОБЛЕМА ВЕКА

Хусейнова А. А., Бакиева Ч. Ш., Алимова Н. П.

Бухарский государственный медицинский институт им. Авиценны

Кафедра общественных наук

Научный руководитель: к.ф.н., доц. Хусейнова А. А.

В XXI веке в жизни человечества начался новый этап - эпоха информационного обмена. В процессе глобализации наряду с популяризацией передовых достижений в экономической, социальной, научной, образовательной, культурной сферах, наблюдается появление некоторых пороков. Одним из них является торговля людьми, беспокоящая сегодня все мировое сообщество. Ни для кого не секрет, что торговля людьми ныне пускает глубокие корни во многих странах. Все чаще такие термины, как «массовая миграция», «торговля человеческими органами», «трафик женщин» становятся не выдумкой журналистов, а реальностью. Эти проблемы возникают в обществе, в котором мы с вами живем. Но самое тревожное, что жертвами этого незнающего границ преступления, представляющего опасность для всего человечества, чести и достоинства людей, сегодняшнего и завтрашнего дня, все чаще становятся женщины и дети.

Торговля людьми есть форма организованной преступности, и представляет угрозу человечеству, наравне с терроризмом, распространением наркомании и другими глобальными проблемами современности. К сожалению, торговля людьми не обошла стороной и нашу республику. Причины тому: безработица, низкая заработная плата и дискриминация на внутреннем рынке труда в начале 90-х годов. В категорию трудовых мигрантов зачастую входят женщины и чаще становятся жертвами торговли людьми. Массовый отток женщин с Узбекистана в поисках лучшей жизни, работа в сфере развлечений в качестве танцовщиц, “хостес” или в цеховом производстве, приводят к плачевным последствиям, как для женщин, так и для их семей. Во всём мире ежегодно от 700 000 до 4000000 мужчин, женщин и детей покупаются, продаются, перевозятся и удерживаются против их воли в условиях, подобных рабству. Торговля людьми, по оценкам экспертов, считается третьей по доходности сферой деятельности организованной преступности, особенно в части её трансграничной составляющей, наряду с торговлей оружием и наркотиками. Центр ООН по международному предупреждению преступлений полагает, что ежегодно мировой рынок торговли людьми даёт 12 миллиардов долларов прибыли. Прогноз, представленный в докладе ЮНИСЕФ, тревожен: если не будут приняты меры, то к 2010 году торговля людьми по доходности сравнится с продажей наркотиков. Более того, есть основания полагать, что доходы от продажи людей вносят свою лепту в финансовое обеспечение международной террористической деятельности.

Цель нашего исследования: борьба с торговлей людьми путем повышения уровня информированности пострадавших женщин и оказание им помощи.

Указанные цели достигаются посредством установления и устранения причин торговли людьми, обстоятельств, создающих условия для торговли людьми, уменьшения риска превращения лиц в жертв торговли людьми, восстановления прав жертв торговли людьми и их социальной реабилитации.

В Республике Узбекистан борьба с торговлей людьми основывается на следующих принципах:

- предупреждение подверженности жертв торговли людьми дискриминации в обществе;
- обеспечение безопасности жертв торговли людьми и тактичного отношения к ним;

- неизбежность наказания за торговлю людьми;
- осуществление профилактических мероприятий правового, политического, социально-экономического и организационного характера;
- привлечение неправительственных организаций к борьбе с торговлей людьми;
- развитие международного сотрудничества в сфере борьбы с торговлей людьми.

В Узбекистане принят ряд нормативно-правовых актов, направленных на предупреждение торговли людьми, которые служат законной основой в борьбе против данного преступления, нарушающего свободу человека. 17 апреля 2008 года был принят Закон «О противодействии торговле людьми». Настоящий Закон устанавливает правовые и организационные основы профилактики торговли людьми, борьбы с торговлей людьми, а также правовой статус жертв торговли людьми в Республике, регулирует вопросы защиты жертв торговли людьми и оказания им помощи.

В соответствии с Постановлением главы нашего государства Ислама Каримова от 8 июля 2008 года «О мерах по повышению эффективности борьбы с торговлей людьми» разработана национальная программа, рассчитанная на 2008-2010 годы. Для координации деятельности государственных органов, органов самоуправления граждан, негосударственных некоммерческих организаций в этом направлении организована Республиканская межведомственная комиссия по борьбе против торговли людьми.

Широкомасштабные реформы, осуществляемые под руководством Президента Ислама Каримова, направлены, прежде всего, на благородные цели - защиту прав и интересов человека, улучшение его жизненных условий. Ведь для того, чтобы в правовом демократическом государстве каждый человек жил спокойно, мирно и благополучно, необходимо, в первую очередь, обеспечить его безопасность, защищать от всякого рода посягательств его права, законные интересы, честь и достоинство, жизнь и здоровье.

Несмотря на все меры, предпринимаемые в нашей стране по предупреждению торговли людьми, острой борьбы с этим злом, некоторые из наших соотечественников тоже становятся его жертвами. По официальным данным, за прошедшие девять месяцев нынешнего года 1449 наших сограждан пострадали от преступлений, связанных с торговлей людьми. Среди них - 166 женщин и 28 несовершеннолетних.

Как показывает опыт многих стран, именно неправительственные организации (НПО) могут играть центральную роль в обеспечении надлежащего информирования потенциальных жертв. Благодаря работе неправительственных организаций по расширению экономических возможностей и повышению осведомленности обществ 2100 человек были обучены навыкам эффективного трудоустройства, из них 1152 нашли новую работу; 3123 человек были обучены навыкам развития предпринимательства, из них 406 начали свое дело; 452 участниц тренингов продолжили свое образование; более 61 процентов участниц отказались от трудоустройства за рубежом; более 15000 женщин получили консультации по проблеме торговли людьми и по юридическим вопросам; распространено более 30000 печатных материалов среди граждан; проведено более 250 тренингов, семинаров и конференций среди профессиональных групп (медицинских и таможенных работников, учителей, психологов); проведено более 100 радио- и телепередач; сняты десятки короткометражных фильмов против торговли людьми. На эффективность деятельности неправительственных организаций повлияло их активное взаимодействие с различными государственными службами (например, со службами занятости, социальной защиты населения в ряде регионов). Регулярно проводятся по данной проблеме круглые столы с участием представителей администраций туманов и вилоятов, правоохранительных органов, средств массовой информации и неправительственных организаций, что позволило увидеть точки взаимодействия различных структур в решении данного вопроса, активизировать различные методы работы с отъезжающими за рубеж. Работает сеть из десятки тренеров, тренеры проводят около 200 лекций и тренингов в регионах для более 4000 человек. Всё это свидетельствует о том, что только комплексный подход по их взаимодействию может способствовать предотвращению торговли людьми, особенно женщинами и детьми.

Несмотря на то, что работа по информированию населения о проблеме торговли людьми проводилась довольно активно, к сожалению, до сих пор люди, которые собираются за границу, слабо информированы о явлении торговли людьми, о возможностях легального трудоустройства за границей, о последствиях нелегальной иммиграции, о методах, используемых вербовщиками, о рисках, связанных с работой за границей и организациях, борющихся с данной проблемой. В связи с этим продолжают проводиться профилактические работы по борьбе с торговлей людьми. Профилактика торговли людьми организуется на основе системы специальных мероприятий в рамках различных государственных программ. В систему мероприятий по профилактике торговли людьми входят следующие:

1. предупреждение торговли людьми, и, в частности, проведение исследований по гендерным аспектам;
2. подготовка и осуществление программ, направленных на решение социальных проблем, создающих условия для торговли людьми;
3. усиление правовой и социальной защиты женщин и детей;
4. привлечение потенциальных жертв торговли людьми к общественно-полезному труду, обеспечение их занятости;
5. поощрение предпринимателей за прием на работу лиц, пострадавших от торговли людьми;
6. организация среди потенциальных жертв торговли людьми просветительской и пропагандистской работы, их информирование об ожидаемой жертв торговли людьми опасности, обеспечиваемых государством мерах защиты, осуществляемых государством административных, уголовно-правовых и других мерах против торговли людьми;
7. создание системы социальных, правовых, педагогических и других мероприятий, направленных на выявление и устранение причин и обстоятельств, создающих условия для детской беспризорности и сиротства;
8. осуществление мероприятий для выявления уклоняющихся от образования детей, их воспитания и обучения;
9. подготовка и осуществление специальных программ в образовательных учреждениях, детских домах, школах-интернатах и других органах и учреждениях, осуществляющих профилактику беспризорности и правонарушений несовершеннолетних;
10. организация специальных учебных курсов для сотрудников органов, осуществляющих борьбу с торговлей людьми.

Обращаем внимание общественности на существование этой проблемы, на высокий риск стать жертвой торговли людьми, и призываем сделать все возможное, чтобы не допустить распространение торговли людьми.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абукирова Н. Россия: главная цель - защита потерпевших // МЫ/WE: Диалог женщин. Международный женский журнал. - 2002. - № 18/34. - С.24-27.
2. Абукирова Н.И. Перспективы развития и укрепления сотрудничества российских неправительственных организаций с государственными структурами // Взаимодействие правоохранительных органов и НПО - эффективная стратегия противодействия торговле людьми. Сб. материалов международного круглого стола. Москва, 23 января 2004 / ред. кол. Маилан С.С., Абукирова И.И. - М.: Изд-во "Экслиг", 2005. - С.14-22.
3. Аверкина К. Викимоделирование детерминант торговли людьми // Организованная преступность и коррупция: результаты криминологическо-социологических исследований. Вып.1. - Саратов 2005. - С.92-97.
4. Бартункова Ивета. Положение пострадавших от торговли людьми в Чешской Республике // Предотвращение торговли людьми: опыт неправительственных организаций. Материалы международного семинара "Предотвращение торговли людьми: Опыт некоммерческих организаций" (Нижний Новгород, 27-28 августа 2002 г.) / Под ред. В.Л. Синицына. - Пермь: ИД "Типография купца Тарасова", 2002. - С. 100-108.
5. Биндел Дж. Помощь жертвам посредством профилактики, образования и преследования // Предупреждение и пресечение торговли людьми. Сборник материалов международного семинара / ред. коллегия Н.И. Абукирова, М.А. Регентова, Т.В. Холщевникова. Москва, 15-16 декабря 2004. - М.: "Экслиг", 2005. - С.39-47.
6. Болотов С.В. Теоретический анализ предпосылок активизации торговли людьми на территории РФ и его учет при выборе стратегии сотрудничества между правоохранительными органами и структурами в задаче ликвидации работорговли // Взаимодействие правоохранительных органов и НПО - эффективная стратегия противодействия торговле людьми. Сб. материалов международного круглого стола. Москва, 23 января 2004 / ред. кол. Маилан С.С., Абукирова И.И. - М.: Изд-во "Экслиг", 2005. - С.64-69.
7. Глобальная программа борьбы с незаконной миграцией и торговлей людьми // Проблемы борьбы с организованной преступностью. Информационный бюллетень № 13. - Иркутск, 2001. - Октябрь. - С.1-14.
8. Глonti Г. Роль организованной преступности в осуществлении торговли людьми в Грузии // Правовая реформа. - Тбилиси, 1999. - № 7.
9. Глonti Г. Торговля людьми с целью сексуальной эксплуатации: реалии и перспективы (криминологический анализ проституции, порнобизнеса и трафикинга). - Тбилиси, 2004.

УДК 577.352.465

ДЕЙСТВИЕ АЛКАЛОИДА ДЕЛЬФАТИНА НА СИСТЕМУ ТРАНСПОРТА Ca^{2+} В САРКОПЛАЗМАТИЧЕСКОМ РЕТИКУЛУМЕ КАРДИОМИОЦИТОВ

Хушматов Ш. С.

Институт физиологии и биофизики АН РУЗ

Научный руководитель: д.б.н., проф. Усманов П. Б.

Введение. Тонкая регуляция внутриклеточной концентрации ионов Ca^{2+} является необходимым условием для нормальной сократительной и функциональной активности сердечных мышц и сердца, в целом. В регуляции внутриклеточной концентрации Ca^{2+} в кардиомиоцитах, принимают участие многочисленные ионные каналы и транспортеры. Основными Ca^{2+} -транспортирующими системами в кардиомиоцитах являются потенциал-зависимые Ca^{2+} -каналы L-типа, Na^{+}/Ca^{2+} -обменник и Ca^{2+} -АТФаза сарколеммы, рианодинорный рецептор (RyR) и Ca^{2+} -АТФаза саркоплазматического ретикула (CP) [2,3]. Явление пост-рест потенциации - увеличение силы сокращения сердечной мышцы после периода покоя, на фоне стимуляции мышцы с постоянной частотой широко используется для оценки вклада различных Ca^{2+} -транспортирующих систем в регуляцию сократительной активности кардиомиоцитов. Считается, что потенцирующий эффект периода покоя связан с дополнительным накоплением ионов Ca^{2+} в CP сверх рабочего количества, которое поддерживается при постоянной частоте стимуляции препарата [2,6,7]. При этом установлено, что определяющую роль в развитии потенциации выполняют Ca^{2+} -АТФаза CP и Na^{+}/Ca^{2+} -обменник сарколеммы [2,4,5].

Изучение механизмов фармакологической регуляции Ca^{2+} -транспортирующих систем кардиомиоцитов имеет важное значение для разработки новых и наиболее эффективных подходов профилактики и лечения сердечных аритмий и других заболеваний сердца.

В связи с этим, целью настоящей работы было изучение особенностей действия дитерпеноидного алкалоида дельфатина, выделенного из растения рода *Delphinium* L. [1] на транспорт Ca^{2+} в CP папиллярной мышцы крысы.

Материалы и методы исследования. Исследования проводились на препаратах папиллярной мышцы, выделенных из правого желудочка беспородных белых крыс массой 200-250 г. Животных обезживали легким эфирным наркозом, декапировали, после вскрытия грудной полости извлекали сердце и помещали в физиологический раствор Кребса следующего состава (в mM): $NaCl$ -120; KCl -4,8; $CaCl_2$ -2; $MgSO_4$ -1,2; KH_2PO_4 -1,2; $NaHCO_3$ -20; глюкоза-10, pH=7,4 при температуре $35 \pm 0,5^\circ C$. После отсечения предсердий, вскрывали полость правого желудочка и выделяли папиллярную мышцу. Препарат мышцы с помощью шелковых нитей закрепляли в экспериментальной камере и один конец подсоединяли к штоку изометрического датчика F30 (Hugo Sachs, Германия). Экспериментальная камера перфузировалась оксигенированным (O_2 -95%, CO_2 -5%) раствором Кребса при скорости 6 мл/мин. Мышцу раздражали с помощью платиновых электродов и электростимулятором ЭСЛ-2 импульсами прямоугольной формы частотой 0,1 Гц, длительностью 10 мс и амплитудой, превышающей пороговую на 20%. После периода стабилизации находили длину препарата, при которой мышца развивает максимальное изометрическое напряжение (L_{max}), и в этих условиях выполняли все эксперименты. Для изучения эффектов дельфатина было исследовано его действие на пост-рест потенцию, феномен, характерный для сердечных мышц, и отражающий работу Ca^{2+} -транспортирующих систем CP, включая RyR и Ca^{2+} -АТФазу. Пост-рест потенцию оценивали по увеличению силы первого сократительного ответа после определенного периода покоя (5-120 сек). Результаты экспериментов обрабатывались с помощью программы Origin 6,1.

Результаты и их обсуждение. Как видно из рис. 1., прерывание стимуляции с частотой 0,1 Гц мышцы на определенные периоды покоя, приводит к увеличению силы первого сократительного ответа при возобновлении стимуляции с исходной частотой. При этом установлено, что потенцирующий эффект покоя возрастает с увеличением длительности покоя и достигает максимума при 30 сек покоя $43,4 \pm 2,6\%$. Добавление в омывающий раствор дельфатина (5×10^{-6} М) приводило к дополнительному увеличению силы сократительного ответа на $11,2 \pm 2,4\%$ ($P < 0,05$, $n=6$) (рис.1).

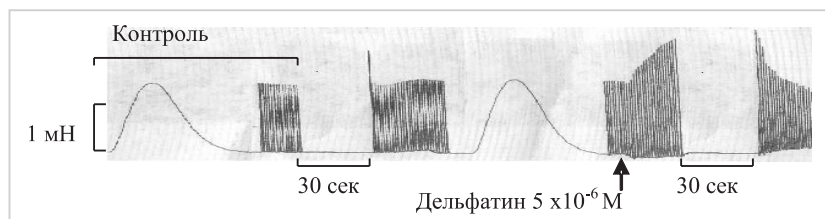


Рис. 1. – Влияния дельфатина на пост-рест потенциацию папиллярной мышцы сердца крысы. Время периода покоя 30 сек. Раздражение препарата проводилось с частотой 0,1 Гц).

Специфический блокатор Ca^{2+} -каналов СР рианодин дозозависимо подавляет сократительную активность папиллярной мышцы крысы. В частности было обнаружено, что в концентрации 2 мкМ рианодин подавляет амплитуду сократительного ответа мышцы на $63,8 \pm 3,2\%$ относительно контроля. Вместе с тем, что в присутствии рианоидина (1 мкМ) пост-рест потенциация папиллярной мышцы полностью отсутствует (рис.2).

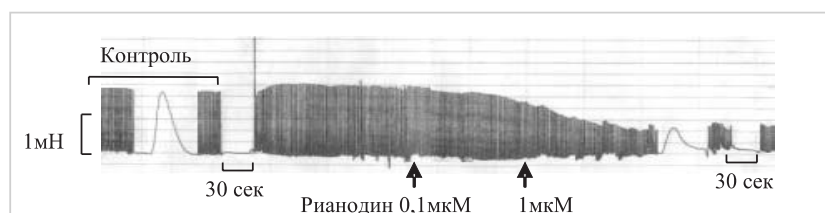


Рис. 2. – Влияние рианоидина на пост – рест потенциацию папиллярной мышцы сердца крысы. Время периода покоя 30 сек. (Раздражение препарата проводилось с частотой 0,1 Гц).

В присутствии в среде инкубации рианоидина (1 мкМ) - блокатора Ca^{2+} -каналов СР (подавляет амплитуду сократительного ответа мышцы на $54,8 \pm 2,8\%$ относительно контроля) стимулирующий эффект дельфатина (5×10^{-6} М) не проявлялся. Вместе с тем, что дельфатин в присутствии рианоидина дополнительно подавляет амплитуду сократительного ответа мышцы на $59,6 \pm 3,2\%$ относительно контроля (рис.3).

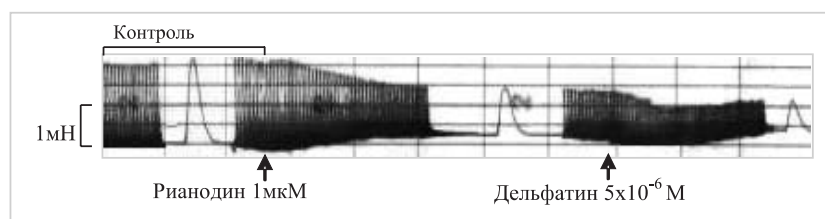


Рис. 3. – Влияния дельфатина на сократительную активность папиллярной мышцы сердца крысы в присутствии блокатора Ca^{2+} -канала СР рианоидина (1 мкМ) (Раздражение препарата проводилось с частотой 0,1 Гц).

Положительное инотропное действие дельфатина в области низких частот стимуляции, свидетельствует о влиянии дельфатина на системы транспорта Ca^{2+} в СР. В пользу этого предположения говорят результаты экспериментов с рианоидином - блокатором Ca^{2+} -каналов СР, в которых было обнаружено, что в его присутствии дельфатин не проявляет положительный инотропный эффект, сохраняя при этом отрицательный. Из этих данных следует, что положительный инотропный эффект дельфатина может быть связан с его влиянием на системы транспорта Ca^{2+} в СР.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Салимов Б.Т. Дитерпеноидные алкалоиды растений рода Delphinium L.: Дисс. ...докт. хим.наук. –Ташкент: АН РУз ИБХ, 2007. –31–36 С.
2. Bers D.M. Ca^{2+} influx and sarcoplasmic reticulum Ca^{2+} release in cardiac muscle activation during post rest recovery // Am. J. Physiol. –1985. –V.248. –P. H366–H381.
3. J. van Klarenbosch, G.J. M.Stienen, W. de Ruijter, G.J. Scheffer and J.J. de Lange. The differential effect of propofol on contractility of isolated myocardial trabeculae of rat and guinea-pig // Br. J. Pharm. –2001. –V.132. –P. 742–748.
4. K. Maxwell, J. Scott, A. Omelchenko, A. Lukas, L. Lu, Y. Lu, M. Hnatowich, Kenneth D. Philipson, and Larry V. Hryshko. Functional role of ionic regulation of $\text{Na}^{+}/\text{Ca}^{2+}$ exchange assessed in transgenic mouse hearts // Am. J. Physiol. Heart Circ. Physiol. –1999. –V.277. –P.H2212–H2221.
5. Nuss H.B., and Houser S.R. Sodium-calcium exchange-mediated contractions in feline ventricular myocytes // Am. J. Physiol. Heart Circ. Physiol. –1992. –V.263. –P. H1161–H1169.
6. Rosana A. Bassani, Sandro A. Ferraz, José W.M. Bassani. Estimation of Ca^{2+} recirculating fraction in rat ventricle: influence of the methodological approach // Rev. Brasil. Eng. Bioméd. –2001. –V. 17. –P. 63–67.
7. Ravens, U. Post-rest potentiation and its decay. In: Noble MIM, Seed WA, eds. The Interval-Force Relationship of the Heart. Cambridge. -1993. –P.245–258.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ЛИЗИНОПРИЛА И АМЛОДИПИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Царук О. Ф.

Гродненский государственный медицинский университет
Кафедра госпитальной терапии

Научный руководитель: к.м.н, доц. Ерш И. Р.

Актуальность. Недостаточная эффективность лечения больных артериальной гипертензией (АГ) с помощью монотерапии, а также появление новых данных доказательной медицины сделали общепризнанным метод комбинированной терапии (1,2,7,8). К наиболее рациональным комбинациям гипотензивных средств относится сочетание ингибиторов АПФ и антагонистов кальция из группы дигидропиридинов, о чем свидетельствуют результаты международных исследований (COOPE, LIFE, INVEST, STOP, ALLHAT, ASCOT и др.) (4,5,6).

Помимо эффективного контроля АД большой интерес представляют органопротективные свойства комбинации ингибиторов АПФ и антагонистов кальция, что крайне важно при их назначении у больных АГ.

В связи с вышеизложенным целью настоящего исследования явилась оценка клинической эффективности и безопасности применения фиксированной комбинации лизиноприла и амлодипина (препарат «Экватор», фирмы Гедеон Рихтер) в лечении больных АГ.

Материал и методы исследования. В 24-недельное исследование включены 27 больных АГ в возрасте от 35 до 54 лет (19 женщин, 8 мужчин, средний возраст $42,8 \pm 4,1$ года). У всех больных имела место АГ I-2 степени (по критериям ВОЗ, 1999), длительность которой составляла в среднем $4,5 \pm 1,2$ года. Среди них были лица (55,5%), которые впервые обратились за медицинской помощью по поводу повышенного АД, а также пациенты (44,5%), знавшие о болезни, но лекарственными препаратами не принимавшие.

В исследование не включены больные с симптоматической АГ, клапанными пороками сердца, аутоиммунными и эндокринными заболеваниями, бронхиальной астмой, тяжелыми нарушениями ритма и проводимости, недостаточностью кровообращения III-IV класса (NYHA), нестабильной стенокардией или стабильной стенокардией III-IV функционального класса, острым нарушением мозгового кровообращения в последние 12 месяцев, а также инфарктом миокарда, перенесенным менее чем за 3 месяца до начала исследования.

Исследования больных АГ проводили до и после 24-недельного приема экватора по 1 таблетке в сутки. Если при такой дозировке терапевтический эффект не был достигнут (ДАД не уменьшалось до 90 мм рт. ст. или минимум на 10 % от исходного уровня) дозу препарата увеличивали до 1,5 таблетки в сутки. Перерыв в приеме гипотензивных препаратов не потребовался, так как до исследования ни один больной АГ их не принимал.

Титрование доз экватора проводили на протяжении первой недели под казуальным контролем АД. До начала, а также после 24-недельного приема препарата всем больным проведено СМАД аппаратом «Кардиотехника-4000 АД» («Инкарт», Россия) в течение 24 часов с интервалом измерения 15 минут в дневное и 30 минут в ночное время. Определяли показатели САД и ДАД за дневное, ночное время и сутки в целом, стандартное отклонение, индекс вариабельности, индекс времени и площади, степень ночного снижения АД. Учитывая важную роль почек в регуляции АД, мы изучали состояние почечной гемодинамики (ПГ) ультразвуковым методом на аппарате «Aplio XG» (фирма Toshiba, Япония); общее и сегментарное сопротивление сосудов почек рассчитывали по формулам D.M. Gomez, D. Vila (2000). Кроме того, для оценки экскреторной функции почек (ЭФП) у всех больных определяли суточную экскрецию натрия почками, скорость клубочковой фильтрации и канальцевую реабсорбцию. Концентрацию креатинина и натрия в плазме крови и мочи определяли ионоселективным методом на биоанализаторе «Architect», USA.

Функциональное состояние миокарда определяли эхокардиографически на аппарате «Аloka-680» - Япония в 2-мерном режиме до и после 6-месячного приема экватора. Определяли размеры левого предсердия (ЛП), конечный диастолический размер (КДР), конечный систолический размер (КСР), конечный диастолический объем (КДО), конечный систолический объем (КСО), фракцию выброса (ФВ), толщину межжелудочковой перегородки (ТМЖП), толщину задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ). Относительную толщину миокарда (ОТМ) рассчитывали по формуле: $ОТМ = (ТМЖП + ТЗСЛЖ) \times КДР$.

Статистическая обработка полученных данных проведена с применением программы Statgraphics (версия 2.6) методом вариационной статистики с использованием парных критериев Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Динамика показателей суточного мониторинга АД на фоне 24-недельного (6-месячного) лечения экватором у обследованной группы больных представлена в таблице 1.

Таблица 1

Динамика показателей СМАД у больных АГ на фоне лечения экватором

Показатели	До лечения	После лечения
Среднее суточное САД, мм рт. ст.	$164,0 \pm 1,2$	$126,0 \pm 1,3^*$
Среднее суточное ДАД, мм рт. ст.	$96,0 \pm 1,3$	$77,8 \pm 1,1^*$
ЧСС, сутки	$78,0 \pm 1,1$	$72,0 \pm 1,7$
Индекс времени (%) систолический	$75,0 \pm 3,2$	$41,7 \pm 4,2^*$
диастолический	$62,0 \pm 4,8$	$27,2 \pm 3,1^*$
Вариабельность САД	$15,2 \pm 0,5$	$11,2 \pm 0,1^*$
ДАД	$11,2 \pm 0,8$	$11,8 \pm 0,3$
ЧСС	$76,40 \pm 2,7$	$76,1 \pm 1,4$
Индекс площади (мм рт. ст/ч)		
САД сутки	$387,0 \pm 41,0$	$172,0 \pm 34,0^*$
ДАД сутки	$179,0 \pm 21,0$	$55,0 \pm 13,0^*$

* - статистически достоверное ($p < 0,05$) изменение показателя до и после лечения

У всех больных отмечено нарастание гипотензивного эффекта к концу 4-й недели приема экватора, а к концу 12-й недели у 82,8% больных уровни как САД так и ДАД достигли целевых величин, а к концу исследования (6 месяцев) у подавляющего количества больных (88,9%) отмечен выраженный гипотензивный эффект проводимой терапии, что согласуется с результатами исследований других авторов (2). У 3-х больных, у которых не были достигнуты целевые уровни, наблюдалось снижение САД более чем на 22 мм рт. ст., а ДАД более чем на 12 мм рт. ст. К концу лечения у 24 больных наблюдалось снижение показателей офисного давления: систолического – на 32,7 мм рт. ст., диастолического – на 18,8 мм рт. ст. Наблюдалось снижение вариабельности систолического АД в дневное время суток.

Следует отметить, что происходила не только стабилизация АД на нормальных цифрах, но отмечено и благоприятное влияние на типы суточных кривых. Как известно, при отсутствии или недостаточном снижении АД ночью почти в 10 раз чаще встречаются поражения органов-мишеней, связанные с перегрузкой давлением, в частности, гипертрофия миокарда левого желудочка, микропротеинурия, мозговые инсульты. При чрезмерном снижении АД в ночные часы чаще имеют место ишемические расстройства: ухудшение течения коронарной болезни сердца, ишемические инфаркты мозга (3). Через 6 месяцев от начала лечения экватором не было больных с чрезмерным как повышением (night-pickers), так и снижением (over-dippers) АД в ночное время. Достоверно снизилось число лиц, без снижения АД, как систолического, так и диастолического, в ночное время (non-dippers). Нормальный суточный ритм и адекватное снижение в ночное время, как САД, так и ДАД (dippers) отмечен у большинства больных (96,3%- по САД и 100%- по ДАД).

Изменение показателей функции почек у больных АГ до и после 24-недельного приема экватора представлены в таблице 2.

Таблица 2

Динамика показателей ПГ и ЭФП у больных АГ под влиянием лечения экватором (n=27)

Показатели	До лечения	После лечения
Почечный кровоток, мл/(мин • 1,73 м ²)	369±14	387±14
Общее сопротивление сосудов почек, дин • с • см-5	8138±168	6429±137*
Сегментарное сопротивление сосудов почек, дин • с • см-5	2192±71	1721±57*
Скорость клубочковой фильтрации, мл/мин	83,8±3,9	93,7±3,8
Канальцевая реабсорбция натрия, %	95,61±0,04	96,76±0,04
Суточная экскреция натрия, ммоль/сут	133,0±6,9	121,0±7,1

* - статистически достоверное (p < 0,05) изменение показателя до и после лечения

У обследованных нами больных под влиянием длительной терапии экватором наблюдалось достоверное снижение как общего так и сегментарного сопротивления сосудов почек при тенденции к усилению почечного кровотока.

Изменение показателей эхокардиограммы под влиянием длительной терапии экватором у больных АГ отражены в таблице 3.

Таблица 3

Динамика изменений данных ЭхоКГ под влиянием длительной терапии экватором (n=27)

Показатели	До лечения	После лечения
ЛП, см	3,56±0,04	3,57±0,04
КСР, см	3,41±0,06	3,29±0,05*
КДР, см	5,18±0,03	5,16±0,04
КСО, мл	51,91±1,76	45,78±2,68*
КДО, мл	128,41±2,20	126,21±3,32
ФВ, %	60,02±1,18	64,37±0,68*
ТМЖП, см	1,17±0,01	1,04±0,01*
ТЗСЛЖ, см	1,28±0,02	1,12±0,01*
ОТМ	0,46±0,06	0,42±0,03

* - статистически достоверное (p < 0,05) изменение показателя до и после лечения

Как видно из таблицы 3 длительная терапия экватором привела к уменьшению признаков гипертрофии миокарда и улучшению структурно-функциональных показателей работы сердца, что согласуется с результатами исследований других авторов (2).

У подавляющего числа больных (87,8 %) наблюдалась хорошая переносимость комбинированной терапии лизиноприлом и амлодипином. В первые дни приема экватора лишь у 3-х больных (11,1 %) отмечалась головная боль, головокружение при переходе из горизонтального в вертикальное положение, которые исчезли к концу первой недели приема препарата. Лишь у 5 больных (18,5 %) наблюдалось покраснение лица в течение первых 3-х дней приема препарата, которое прошло при продолжении лечения. Умеренный отек голени, стоп отмечен лишь у 4-х больных (14,8 %), у 1 (3,7%) – сухой кашель. Все вышеуказанные побочные эффекты не потребовали отмены или снижения дозы препарата и прошли самостоятельно.

Таким образом, согласно современным положениям, комбинированная терапия многих больных АГ должна включать назначение длительно действующего дигидропиридинового антагониста кальция амлодипина и одного из ИАПФ с установленной эффективностью, к числу которых относится лизиноприл.

Выводы: Длительная терапия экватором у больных АГ оказывает выраженный и устойчивый гипотензивный эффект, а также приводит к улучшению структурно-функционального состояния сердца и снижению, как общего, так и сегментарного сопротивления сосудов почек. Использование фиксированной комбинации лизиноприла (10 мг) и амлодипина (5 мг)

в виде препарата экватор у больных АГ обеспечивает достоверное снижение как офисного (САД на 32,7 мм рт.ст., ДАД – на 18,8 мм рт.ст.), так и среднего суточного (САД на 38 мм рт.ст., ДАД на 18 мм рт.ст.) АД. У больных с мягкой и умеренной АГ, в целом по исследуемой группе, целевое АД по данным СМАД было достигнуто у 88,9%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гуревич М.А., Тазина С.Я. Лечение артериальной гипертензии (по материалам XVI Европейского конгресса по артериальной гипертензии // Мадрид, 12-15 июня 2006 г.). – Режим доступа <http://www.consilium-medicum.com>. – 04.11.2008.
2. Сорока Н.Ф., Бельская Е.С. Экватор-фиксированная комбинация лизиноприла и амлодипина в лечении больных артериальной гипертензией // Здоровоохранение. – 2007. - №7. – С. 17-21.
3. Тихонова С.А. XVII конгресс Европейского общества гипертензии и кардиологов: новые рекомендации по артериальной гипертензии // Здоровья України/ - 2007 - № 12/1. - С. 10-13.
4. Dablot B., Sever P.S., Poulter N.R. for the ASCOT investigators // Lancet. – 2005. – Vol. 366. – P. 895-906.
5. Pepine C. J., Handberg E., Cooper-De-Hoff et al // JAMA/ - 2003. - vol. 290. - №21. – P. 2805-2816.
6. Grossman E., Messerli F.H. // Am. J. Med. – 2004. – vol. 116. – P. 44-49.
7. Luft F.C., Agrawal B. // J. Cardiovasc. Pharmacol. – 1999. – vol. 33 (Suppl. 1). – P. S11-S15.
8. Georgiev B., Gotcheva N., Gotchev D. Choice of drug combination for treatment of hypertension by general practitioners // Материалы XVI Европейского конгресса по артериальной гипертензии. – Мадрид. – 2006. – С. 33.

УДК: 616.1 + 616. 017

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ: ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Цибенко Я. А.

*Красноярская государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра внутренних болезней педиатрического факультета*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Давыдов Е. Л.

В настоящее время повышение показателей КЖ является стратегической задачей лечения больных с ГБ [4, 7]. Все большее значение приобретает применение наиболее эффективных лекарственных средств. В условиях реформы экономических отношений особое значение приобретает фармакоэкономическое исследование стоимости болезни, и обоснованный не только клинически, но и экономически выбор оптимальной схемы лечения, при этом объективный критерий экономической целесообразности внедрения новых медицинских вмешательств до сих пор не разработан [2, 3, 5, 8, 10].

Цель исследования: оценка комплексного исследования влияния на качество жизни, клинические и фармакоэкономические показатели используемых схем антигипертензивной терапии у больных гипертонической болезнью тяжелой степени. В программу были включены 60 больных ГБ II – III степени (по рекомендациям ВНОК–2004, ESH/ESC–2003). Исследование проводилось простое открытое проспективное контролируемое сравнительное в параллельных группах исследование, продолжительностью 12 недель. Средний возраст участников исследования 62,1 года, средний стаж болезни 13,2 года. Все больные были рандомизированы в четыре группы исследования соответственно, по 15 человек в каждой. В первой группе больные получали комбинацию кардиоселективного бета1-блокатора (ББ) и тиазидного диуретика (ТДУ), во второй – комбинацию блокатора кальциевых каналов (БКК) II поколения и ТДУ, в третьей – комбинация липофильного ингибитора ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) II поколения и ТДУ, в четвертой - гидрофильный ИАПФ в комбинации с хлорбензамидным диуретиком (ХДУ). В ходе испытаний оценивались влияние проводимой терапии на качество жизни связанное со здоровьем, степень коррекции АД от исходных цифр до целевых значений, приверженность (комплаентность) больных лечению, частота и интенсивность развития нежелательных эффектов используемых препаратов, фармакоэкономическая эффективность лечения.

В качестве средств комбинированной терапии использовались: ТДУ гидрохлортиазид (Гипотиазид, Chinoin) в дозе 12,5-25 мг/сут. однократно, гидрофильный ИАПФ - лизиноприл (Даприл, Medochemie) в дозе 2,5-20 мг/сут., ХДУ - индапамид (Индап, PRO MED.CS Praha) 2,5 мг однократно утром, БКК - амлодипин (Калчек, IPCA Laboratories) - 5-10 мг/сут., липофильный ИАПФ - эналаприл (Рениприл, ОАО Фармстандарт) - от 5 до 20 мг/сут., β 1-селективный ББ - метопролол (Метокард, Polpharma S. A.) - 50-200 мг/сут. Проводился общий клинический осмотр, исследовались артериальное давление, оценивались данные электрокардиографического и эхо-кардиографического исследования, показатели общего анализа мочи, крови больных ГБ по стандартизированным методикам. Качество жизни изучалось с помощью адаптированного русифицированного специализированного опросника Ferrans and Powers Quality of Life Index Cardiac Version IV [7]. Анализ стоимости болезни включал исследование полной стоимости ГБ, с учетом прямых затрат и дисконтирования. Анализом соотношения затраты/эффективность оценивали сравнительную эффективность различных схем комбинированной терапии. Анализ затраты/полезность позволил выяснить фармакоэкономические предпочтения больного [1]. Статистический ряд распределения в выборках выстраивали по формуле Стерджеса. Оценку точности и надежности числовых характеристик определяли по 95% доверительному интервалу истинного среднего значения. Оценку значимости различия частот наблюдений и средних значений показателя выполняли по непараметрическому χ^2 -критерию Пирсона и параметрическому t-критерию Стьюдента. Достоверность полученных результатов подтверждали с помощью методов непараметрической статистики с использованием программных пакетов статистической обработки данных SPSS 12.0 и Statistica 6.0 [9].

При применении комбинации «Метокард + Гипотиазид» за 12 недель в целом по группе целевой уровень АД достигнут не был. При оценке лабораторных показателей (клинический и биохимический анализ крови) зарегистрировано статистически значимое повышение уровня холестерина на 6,2%, β -липопротеидов - 10,1%, триглицеридов - 20,5%, билирубина - 8,4%, глюкозы - 4,4% и снижение уровня Mg^{++} - 22,4%. При этом в 73% случаев отмечено прогрессирование гиперхолестеринемии, в 82% - гипер- β -липопротеидемия. При электрокардиографическом исследовании зафиксировано статистически значимое урежение частоты сердечных сокращений на 6,8% (с 63,7 до 58,2 уд/мин-1). На фоне использования комбинации «Калчек + Гипотиазид» (II группа) за 12 недель был достигнут целевой уровень снижения АД. Анализ данных, полученных при лабораторном исследовании не выявил значимого изменения исследуемых показателей.

При электрокардиографическом наблюдении зафиксировано статистически незначимое учащение частоты сердечных сокращений 3,5% (с 66,4 до 69,1 уд/мин-1). Применяя комбинацию «Рениприл + Гипотиазид» (III группа) за 12 недель также был достигнут целевой уровень снижения АД. При лабораторном контроле единственным значимым изменением явилось повышение уровня общего билирубина крови на 17,3%. В результате проводимого лечения комбинацией «Даприл + Индап» (IV группа) был достигнут высокий целевой уровень снижения АД. При анализе данных лабораторного исследования обнаружено значимое снижение уровня общего билирубина крови на 19,3%. Зарегистрировано, снижение уровня общего холестерина крови на 3,8%.

Таким образом, единственной комбинацией, полностью отвечающей критериям клинической результативности, оказалась комбинация «Даприл + Индап».

Сравнение клинической эффективности антигипертензивных средств сопровождалось параллельным исследованием качества жизни. Оценивали изменение индексов здоровья, социального статуса, психологического статуса, удовлетворенности семьей и суммарного индекса качества жизни. Индекс здоровья (HI) незначимо снизился в группе больных, получавших комбинацию ББ+ТДУ, достоверно повысился в группах больных, получавших комбинации БКК+ТДУ и липофильного ИАПФ+ТДУ. Резко повысился в группе больных, получавших комбинацию гидрофильного ИАПФ в сочетании ХДУ. Наконец, показатели семейного комфорта (ISF), повысившиеся во всех группах, также снизились у больных, применивших комбинацию ББ+ТДУ. Суммарный индекс качества жизни (QLI) снизился у больных, пролеченных ББ+ТДУ, незначительно изменялся в сторону улучшения у больных, получавших БКК+ТДУ и липофильный ИАПФ+ТДУ, и существенно повысился при приеме комбинации гидрофильный ИАПФ+ХДУ.

В результате из всех исследуемых параметров качества жизни являлся индекс здоровья, при этом именно его изменения определяли результат суммарного индекса качества жизни. Это подтверждает состояние тяжелого социально-обусловленного хронического стресса, в котором находится большинство пожилых жителей. Из всех изученных комбинаций антигипертензивных средств, в наибольшей степени соответствовало критериям эффективности с достижением наилучшего значения интегральной конечной точки настоящего исследования комбинация препаратов «Даприл + Индап».

Изучая стоимость болезни мы определяли ее «экономическое бремя» с учетом прямых и непрямых затрат. Нами были проанализированы данные, отражающие с учетом дисконтирования основные стоимостные характеристики 12 недель лечения одного больного (табл. 1).

Показателем прямых затрат (DC) определена стоимость 12 недель лечения 1 больного с применением каждой из изучаемых комбинаций. За показатель эффективности (Ef) был взят процент достижения целевого АД (130/80 мм рт.ст. и менее) по каждой из изучаемых групп больных (табл. 2.). Также было проведено выяснение позиции потребителей больных, путем исследования коэффициента «затраты-полезность».

Таблица 1

Основные стоимостные характеристики 12 недель лечения одного больного гипертонической болезнью II-III ст.

Группы	Показатели разных курсов лечения в группах			
	Метокард + Гипотиазид	Калчек + Гипотиазид	Рениприл + Гипотиазид	Даприл + Индап
	1	2	3	4
Стоимость 12 недель приема препаратов, руб.	483,72	773,66	852, 26	838,62
Стоимость 2 недель пребывания в стационаре, руб.	1214,60	1214,60	1214,60	1214,60
Дисконтирование (4 %)	67,93	79,49	82,67	82,13
Стоимость 12 недель болезни, руб.	1766,25	2066,75	2159,53	2135,35

Примечание: во всех случаях статистически значимые различия – по комбинации 1 к комбинациям 2,3,4 - $p < 0,001$, по комбинации 2 к комбинациям 1,3,4 - $p < 0,001$, по комбинации 3 к комбинации 4 - $p < 0,001$.

Таблица 2

Показатели соотношения «затраты/эффективность» у больных пролеченных разными комбинациями антигипертензивных препаратов

Стоимость и эффективность лечения одного больного в исслед-х группах				
Показатели	Метокард + Гипотиазид	Калчек + Гипотиазид	Рениприл + Гипотиазид	Даприл + Индап
	1	2	3	4
Затраты 12 недель лечения на 1 больного (руб.)	1766,25	2066,75	2159,53	2135,35
Эффективность лечения (%)	19,6	63,4	67,4	87,8
CEA	90,11	32,67	32,04	24,47

Примечание: статистически значимые различия – по комбинации 1 к комбинациям 2,3,4 - $p < 0,001$, по комбинации 2 к комбинациям 1,4 - $p < 0,001$, по комбинации 3 к комбинации 4 - $p < 0,001$; отсутствие статистических различий по комбинации 2 к комбинации 3 - $p > 0,05$

Также было проведено исследование коэффициента «затраты-полезность». По мнению больных, включенных в исследование, наиболее «полезной» оказалась комбинация препаратов «Даприл + Индап» имеющая наименьший коэффициент соотношения «затраты/полезность». За ней (в порядке уменьшения «полезности») следовали комбинации «Рениприл + Гипотиазид» и «Калчек + Гипотиазид», «Метокард + Гипотиазид».

Выполненное фармакоэкономическое исследование показало, что комбинация «Метокард + Гипотиазид», обладающая наименьшим «бременем стоимости» - наименее полезная с точки зрения использующих ее больных. У больных,

получавших комбинацию «Даприл + Индап» расходы на лечение оказались меньше, чем расходы принимавших комбинации «Калчек + Гипотиазид» и «Рениприл + Гипотиазид». Эта комбинация оказалась наиболее «полезной» по мнению больных, включенных в исследование.

При использовании комбинации «Даприл + Индап» отмечено совпадение фармакоэкономической целесообразности применения.

Таким образом, наилучшие клинические результаты достигнуты при использовании комбинации лизиноприла (Даприл) и индапамида (Индап), лечение пожилых больных гипертонической болезнью рационально начинать с применения именно этой комбинации. Комбинация лизиноприла с индапамидом в наибольшей степени улучшает качество жизни больных. Фармакоэкономическая эффективность является наивысшей только при использовании комбинации лизиноприла и индапамида.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Воробьев П.А., Авксентьева М.В., Юрьев А.С. Клинико-экономический анализ (оценка, выбор медицинских технологий и управление качеством медицинской помощи). – М.: «Ньюдиамед», 2004. – 404 с.
2. Гринхальд Т. Основы доказательной медицины – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 239 с.
3. Кривелич Е.Б., Калинин А.В., Данильченко О.А. и др. Фармакоэкономические исследования в здравоохранении – Владивосток: Дальнаука, 2002. – 270 с.
4. Мазур Н.А. Фармакотерапия артериальной гипертонии / Н.А. Мазур. – М.: Медпрактика, 2004. – 116 с.
5. Метелица В.И. Справочник по клинической фармакологии сердечно-сосудистых лекарственных средств – 2-е изд., перераб., дополн.-е. – М., БИНОМ; СПб.: Невский диалект, 2002 – 926 с.
6. Мыльникова И.С., Терновский А.П. Экономика лекарственной помощи. – М.: Грантъ, 2003. – 146 с.
7. Новик А.А., Ионова Г.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб: Изд. Дом Нева; М.: ОЛМА-Пресс, Звёздный мир, 2002 г. – 320 с.
8. Основы клинической фармакологии и рациональной фармакотерапии: Рук-во для практикующих врачей/ Под общ. ред. Ю.Б. Белоусова, М.В. Леоновой – М.: Бионика, 2002 – 368 с.
9. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных: применение пакета прикладных программ STATISTICA. – М.: Медиа Сфера, 2003. – 305 с.
10. Формулярная система: Рекомендуемые схемы амбулаторного лечения больных, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение. – Самара: Информ-бюро. – 2003. – 243 с.

УДК 616.12-001-037

ПРОСПЕКТИВНЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ТРАВМУ СЕРДЦА

Человасенко В. Б., Коновалов С. Г.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра пропедевтики внутренних болезней*

Научные руководители: д.м.н., проф. Поликарпов Л. С., асс. Деревянных Е. В.

Актуальность проблемы: Травме сердца посвящено большое количество работ, но при этом, частота повреждений сердца по данным различных авторов существенно варьирует. Частота закрытой травмы сердца колеблется от 5% до 75%. Ранения сердца отмечаются у 6-19,5% пострадавших с открытой травмой грудной клетки (Ермолов А.С. и др., 2001).

Однако, в настоящее время недостаточно изучен вопрос отдаленных исходов состояния кардиореспираторной системы у лиц перенесших травму сердца, как открытую, так и закрытую.

Цель исследования: изучить состояние кардиореспираторной системы у больных, перенесших травму сердца по данным проспективного наблюдения. Задачи исследования. Изучить состояние сердечно-сосудистой системы у больных, перенесших травму сердца по данным проспективного наблюдения с решением следующих задач:

1. Изучить состояние сердечно-сосудистой системы по показателям гемодинамики, у лиц, перенесших ранения сердца, по данным проспективного наблюдения.
2. Изучить состояния сердечно-сосудистой системы показателям гемодинамики, у лиц, перенесших тупую травму сердца, по данным проспективного наблюдения.
3. Изучить толерантность к физической нагрузке у больных, перенесших открытую и закрытую травму сердца.

Объект исследования: обследовано 112 больных перенесших травму грудной клетки с ушибом сердца. Виды травм были различны. У 35 человек перенесших травму сердца со сроком от 1 года до 15 лет проведен проспективный осмотр.

Перелом ребер наблюдается в 43,5% случаев, при этом с левой стороны у 80%, с двух сторон у 20% больных. Больные были разделены на 2 группы: 1 группа-лица перенесшие ранения сердца-15 человек (средний возраст $37,0 \pm 1,6$ лет), вторая группа лица перенесшие тупую травму сердца-20 человек (средний возраст $43,9 \pm 3,2$ лет).

Методы исследования: клинический осмотр, сбор анамнеза, выкопировка истории болезни, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, регистрация электрокардиограммы (ЭКГ), холтеровское мониторирование, эхокардиография (ЭхоКГ), скintiграфия миокарда, компьютерная томография, велоэргометрия, спирография.

Полученные результаты: при анализе было отмечено, что у большинства больных перенесших травму сердца при травме грудной клетки по данным проспективного наблюдения отмечаются благоприятные исходы со стороны сердечно-сосудистой системы, особенно у лиц 1 группы с ранением сердца. Патологические изменения сердца выявляются чаще у больных в возрасте старше 40 лет по данным проспективного наблюдения.

Отдаленные результаты у больных перенесших травму сердца показали, что боли в сердце наблюдались у большинства больных, при этом более чем у половины больных отмечалась связь с физической нагрузкой. В то же время результаты проб с физической нагрузкой на выявление ишемии миокарда были положительны в 9,5 случаев, которые, как правило, наблюдались старше 40 лет. У одного из этих больных развился инфаркт миокарда. Следует отметить что наиболее худшее отдаленные результаты отмечались у больных второй группы в возрасте старше 40 лет, особенно среди лиц перенесших посттравматический инфаркт миокарда. У большинства лиц перенесших ушиб сердца по данным ЭхоКГ наблюдается эукинетический тип гемодинамики. Снижение фракции выброса ниже 40 мл среди лиц перенесших травму сердца по данным клинического обследования с применением ЭхоКГ, нами выявлено не было.

Выводы:

1. По данным проспективного наблюдения больные, перенесшие открытую травму сердца, чувствуют себя лучше, в сравнении с больными, перенесшими тупую травму сердца, особенно старше 40 лет.
2. Высокая толерантность к физической нагрузке наблюдалась у 42,8% лиц, у которых отсутствовали признаки перенесенного травматического инфаркта миокарда.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ермолов, А.С. Диагностика и лечение ранений сердца и перикарда / А.С. Ермолов, А.М. Абакумов, Ю.А. Радченко // хирургия. – 2001. №1. С. 18-21.
2. Гуманенко Е. К., Гаврилин С. В., Бояринцев В. В., Кузьмин А. Я. Особенности диагностики, интенсивной терапии и хирургической тактики при ушибах сердца // Вестн. хир. - 1998. - №4. - С. 53-56.
3. Мышкин К.И., Рзынин А.Н. Диагностика ушиба сердца. Вестн. Хир.-1987 — № 1. — с. 90-94.
4. Стажадзе Л. Л., Спиридонова Е. А., Лачаева М. А. Вопросы классификации, патогенеза, клиники и диагностики ушиба сердца // Медицина критических состояний. - 2000. - №2. - С. 4-8.

УДК 616.988.55

ВЗАИМОСВЯЗЬ СОСТОЯНИЯ РЕБЕНКА С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ

Чемакина Д. С., Ишим И. А.

Тюменская государственная медицинская академия

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций, аллергологии и иммунологии

Научный руководитель: к.м.н., доц. Бертрам Л. И.

Введение: В наше время мы вынуждены признать, что здоровье детей имеет тенденцию к прогрессивному ухудшению, особенно за минувшее десятилетие.

Негативному влиянию подвергается не только физическое, но и психологическое, эмоциональное и социальное благополучие детей. Связь этих важнейших составляющих здоровья очевидна как при анализе причин детской заболеваемости, так и при решении диагностических и терапевтических проблем в каждом конкретном случае патологии у детей.

Эффективный контроль состояния здоровья ребенка и успешное лечение возможны только на основании данных клинического и лабораторного обследования. Нельзя не согласиться с точкой зрения о важности субъективных переживаний ребенка, его отношения к здоровью, болезни, лечению, а также к семье, школе, жизни в целом, которые. В сущности, могут оказывать значительное влияние на формирование клинической картины заболевания. Нужно отметить, что субъективная оценка здоровья самим ребенком и его родителями часто имеет различия. По данным датских исследователей, дети оценивают своё КЖ по большинству шкал ниже, чем их КЖ оценивали родители. Все чаще врачам различных специальностей обращаются родители детей разных возрастов с жалобами на немотивированную усталость ребенка.

Синдром хронической усталости (СХУ) – постинфекционное хроническое заболевание, основное проявление которого – немотивированная выраженная общая слабость, на длительное время выводящая человека из повседневной жизни. Установлено, что СХУ может развиваться на фоне вирусных инфекций, других инфекционных заболеваний (преимущественно риккетсиозной и спирохетозной природы), стрессиндуцирующих состояний, сопровождать токсикозы, лекарственную терапию, нарушения питания, аллергические реакции, сопутствовать гормональным сдвигам, в том числе аутоиммунного генеза.

При анализе клинко-патогенетических особенностей постинфекционного СХУ, по данным И. В. Нестеровой, было выявлено, что в слюне 68% пациентов методом ПЦР определяли наличие вируса Эпштейн-Барр и вируса человеческого герпеса 6 типа. Эти вирусы часто служат индукторами постинфекционного СХУ.

Ведущая роль в патогенезе участия вируса Эпштейн-Барр в иммунологических нарушениях при СХУ принадлежит неструктурному белку этого вируса – дезоксиуредин-3-фосфат-нуклеотид гидролазе, которая повышает продукцию в мононуклеарах крови INFα, IL-1b, IL-6, IL-8, IL-10. В то же время, данный белок усиливает способность естественных киллеров (NK) к лизису мишеней, что характерно для СХУ.

Симптомы СХУ:

1. Постоянная усталость и снижение работоспособности на 50% и более, наблюдающиеся не менее 6 месяцев.
2. Отсутствие заболеваний и других причин, которые могут вызвать подобное состояние.
3. Не освежающий сон.
4. Недомогание после физической нагрузки,
5. Снижение кратковременной памяти и концентрации и внимания.
6. Фарингит
7. Болезненные шейные лимфатические узлы
8. Мышечные боли
9. Полиартралгии
10. Необычная, новая для больного головная боль

Цель: изучение наличия симптомов синдрома хронической усталости у пациентов, перенесших инфекционный мононуклеоз, и их влияние на качество жизни.

Материалы и методы: Было проведено анкетирование 76 детей с оценкой качества жизни, находившихся на лечении в областной инфекционной больнице. У всех пациентов поставлен окончательный диагноз инфекционный мононуклеоз. Нами анализировались: качество жизни детей, перенесших инфекционный мононуклеоз, в сравнении с периодом жизни до заболевания, то есть, питание, время, потраченное на выполнение домашнего задания, на вне учебную активность, дневной и ночной сон, наличие отдельной комнаты для занятий и времяпрепровождения, время прогулок, просмотр телевизора, утомляемость до и после заболевания инфекционным мононуклеозом, а также «иммунное» здоровье детей.

Результаты: при анализе количества иммунокомпрометированных детей их число составило 62,5% (66% ГРИ, 34% ГРА). При катamnестическом наблюдении прослеживалась четкая тенденция к повышению доли иммунокомпрометированных до 93%, но снижению процента детей с преобладанием инфекционного синдрома до 38 % (за счет впервые

выявляющихся аллергических реакций. Выявлено, что проявления инфекционного синдрома стали более выраженные. То есть, чаще стали регистрироваться заболевания ЛОР органов – тонзиллиты и гаймориты (12% против 9%), органов дыхания (27% против 15%), лимфаденопатии (6%), фурункулез (6%). Эти данные свидетельствуют о различиях формирующегося иммунологического дисбаланса у реконвалесцентов инфекционного мононуклеоза. После Эпштейн-Барр вирусной инфекции отмеченные заболевания свидетельствуют о нарушениях гуморального иммунитета, что может быть связано с индуцированной вирусом в остром периоде болезни пролифераций В-лимфоцитов.

Качество питания в целом удовлетворительное, но имеет погрешности, выражающиеся в повышенном употреблении сладких продуктов и газированных напитков, что, в свою очередь, наносит вред неокрепшему детскому организму.

Увеличилось время, потраченное на выполнение домашнего задания. Более 3 часов на это стали тратить 50% детей, у 40% - 1,5-3 часов, и только у 10% на уроки уходит меньше часа.

Личную комнату имеют более половины опрошенных (67%), что говорит о том, что дети из семей с благополучными жилищными условиями.

Возрос процент детей отдыхающих днем, и время дневного сна так же увеличилось. Более половины опрошенных отмечают усталость после заболевания.

Снизилось качество ночного сна, возросло количество людей не удовлетворенных качеством ночного сна, при его нормальной продолжительности.

Более половины детей не занимаются спортом, а так же не заняты в кружках, которые не требуют интенсивных физических нагрузок.

Среди детей школьного возраста возрос объем времени выполнения домашних заданий, что часто указывает на снижение концентрации внимания и кратковременной памяти.

Анализ вне учебной активности детей показал неудовлетворительные результаты, так только 32.8 (то есть треть опрошенных) занимаются спортом, и 43.7% (менее половины) занимаются в различных кружках , не требующих большой физической активности.

Необходимо провести беседу с родителями и дать рекомендации по ограничению физической нагрузки, соблюдению диеты, отказу от перемены климата, в том числе в период отпуска. Это поможет адаптационным механизмам организма ребенка, проводимым в ходе острого заболевания, в частности Эпштейн-Барр вирусной инфекции.

Вывод: проявления СХУ, уже существовавших до инфекционного мононуклеоза, усугубляются после этого заболевания, а в ходе диспансеризации реконвалесцентов должна осуществляться по принципу командного подхода с участием врача общей практики, инфекциониста, иммунолога-аллерголога и психолога.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Исаков В. А., Архипова Е. И., Исаков Д. В. Герпесвирусные инфекции человека – СпецЛит – Санкт-Петербург, 2006. – С. 12-59
2. Нисевич Н. И., Учайкин В. Ф. Инфекционные болезни у детей - Медицина – Москва, 1990. – С. 237 - 249
3. Покровский В. И., Пак С. Г., Брико Н. И. Инфекционные болезни и эпидемиология – ГЭОТАР-МЕДИА-Москва, 2007, - С. 412 – 417

УДК 616-089.84-092.9:541.64

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ БИОДЕГРАДИРУЕМОГО ШОВНОГО МАТЕРИАЛА НА ОСНОВЕ ПОЛИОКСИАЛКАНОАТОВ

Черевко С. А., Лахина Д. А., Виноградова Н. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра общей хирургии*

Научные руководители: д.м.н., проф. Винник Ю. С., к.м.н., асс. Маркелова Н. М.

Прохождение хирургической иглы и нити через ткани вызывает повреждение и некроз клеток. Присутствие инородного тела (нити) способствуют накоплению в очаге воспаления избытка макрофагов, и эта особенность сохраняется не менее 3 – 5 суток. В это время практически незаметны какие-либо морфологические особенности реакции на отдельные синтетические шовные материалы. Специфичность реакции на разные виды шовных материалов начинает проявляться только через 10 – 15 суток. Зависимость степени и характера воспаления в окружающих тканях от вида применяемого шовного материала отмечается многими.

Биодеградируемый шовный материал должен надежно удерживать ткани и иметь достаточную эластичность, быть абсолютно безвредными для организма и не вызывать негативных тканевых и системных реакций, постепенно резорбироваться со скоростью, адекватной кинетике восстановления тканей; при этом нетоксичные продукты деструкции материала должны легко элиминировать из зоны имплантации. Поиск биосовместимых резорбируемых материалов для нанесения полимерных покрытий на синтетические шовные нити и разработка полностью резорбируемых хирургических нитей активно разрабатывается в настоящее время.

Несостоятельность кишечных анастомозов – одна из наиболее частых причин ранних послеоперационных осложнений и летальности в хирургической гастроэнтерологии. Данное осложнение встречается в 1,5–3 % случаев при операциях на желудке и двенадцатиперстной кишке, в 2,8–8,7 % при операциях на тонкой и в 4–32 % случаев при операциях на толстой кишке. Поэтому создание оптимальных условий для заживления швов и анастомозов желудочно-кишечного тракта – основной резерв улучшения ближайших результатов у больных, оперированных на желудке и кишечнике.

Таким образом, при выполнении кишечного шва определяющими моментами являются технические особенности наложения анастомоза и характеристика шовного материала, который должен вызывать минимальную тканевую реакцию стенки кишки.

Цель работы – исследование возможности использования шовных нитей из резорбируемого полимера 3-гидроксимасляной кислоты для ушивания мышечно-фасциальных ран, наложения однорядного энтероэнтероанастомоза.

Материалы и методы. Волокна использованы для ушивания мышечно-фасциальных ран, наложения однорядного энтероэнтероанастомоза. Эксперименты на животных выполнены с разрешения и в соответствии с Программой исследований, утвержденной Комиссией Института биофизики СО РАН по биоэтике, Этическом Комитете КрасГМА

им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого. Экспериментальным животным (крысы линии Vistar разводки питомника Института цитологии и генетики СО РАН) под ингаляционным наркозом в асептических условиях на правом бедре делали продольный разрез кожи и мышцы длиной 2 см, на мышцу накладывали три шва из ПГБ (общая длина 3,0-3,5 см), кожу ушивали шелком. В группе сравнения (контроль) использовали кетгут, метрический размер 2, марки «Cutgut 0,41101» (HELM PHARMACEUTICALS GMBH, Германия). Возможность использования волокон из ПГБ для наложения кишечного шва исследовали на беспородных собаках обоего пола весом от 12 до 20 кг. Животные были распределены на 2 группы. В первую группу или группу сравнения было включено 8 животных, которым был выполнен энтероанастомоз «конец в конец» с помощью однорядного П-образного серозно-мышечно-подслизистого шва. Циркулярный анастомоз «конец в конец» формировали следующим образом. Иглу вкалывали в серозную оболочку кишки на расстоянии 5 мм от ее края 5, прошивали последовательно справа налево серозный, мышечный и подслизистый слои и выкалывали на границе слизистого и подслизистого слоев, захватывая последний в шов на расстоянии 2 мм от края разреза. Затем в обратной последовательности прошивали подслизистый, мышечный и серозный слои противоположного отрезка кишки. Иглу выкалывали на серозном слое. Швы накладывали на расстоянии 5 мм друг от друга. В качестве шовного материала был использован широко распространенный Vicril 3.0 с атравматичной иглой. Вторую исследуемую группу составили 9 животных, где аналогичный анастомоз был выполнен с помощью нитей ПГБ.

Изучение общей реакции тканей на ПГБ нити проводили гистологическими методами. Для этого отбирали фрагменты тканей в месте имплантирования нитей; материал фиксировали в 10-ти % формалине и заключали в парафин; из блоков готовили срезы толщиной 5-10 мкм и анализировали с использованием Image Analysis System «Carl Zeiss» (Германия); оценивали силу и длительность воспаления, динамику образования фиброзной капсулы вокруг нитей и ее клеточный состав. Об активности клеточных элементов судили по среднему их количеству в поле зрения при анализе 15 полей зрения. Определение толщины фиброзной капсулы (ФК) и рядности фибробластов (РФ) в ней проводили по морфометрическому методу В.П. Яценко (Яценко с соавт, 1986).

Результаты и обсуждение. Нити из ПГБ, аналогично кетгуту, надежно удерживали края ран мышечно-фасциального разреза в течение всего послеоперационного периода. Заживление ран у всех экспериментальных животных происходило первичным натяжением. Микроскопическая картина в месте имплантации ПГБ нитей на 7-е сутки после операции характеризовалась незначительным отеком тканей вокруг имплантированных нитей и единичными тонкими зонами некроза. Нити были окружены преимущественно макрофагами и лимфоцитами, а также нейтрофилами и фибробластами. Через 2 недели признаки воспаления уменьшились, незначительная отечность тканей вокруг всех имплантатов сохранялась; в зоне воспаления по-прежнему встречались лейкоцитарные клетки; отмечено начало формирования вокруг имплантатов фиброзных капсул. Реакция тканей вокруг нитей из ПГБ по силе воспаления была значительно менее выражена по сравнению с реакцией на кетгут. Через 4 недели после операции толщина фиброзных капсул вокруг нитей из ПГБ составила $172,23 \pm 13,64$ мкм, это было значительно меньше показателей в месте имплантации кетгута. Продолжало увеличиваться количество активных, с большим количеством выростов и клеточных лизосомальных структур макрофагов (до 11-12 в п/зр). Капсулы были представлены фибробластами и коллагеновыми волокнами, которые начинали формироваться в пучки. Через 8 недель гистологическая картина тканей в зоне имплантации экспериментальных и контрольных нитей оставалась практически без изменений, равно как и толщина капсул и их клеточный состав. В зоне, окружающей нити по-прежнему регистрировали большое количество активных макрофагов. Толщина ФК вокруг кетгута на этом сроке, несмотря на признаки его деструкции, достигла $514,21 \pm 12,01$ мкм. Пучки коллагеновых волокон в ФК вокруг кетгута были гораздо толще и занимали практически весь объем капсулы. Спустя 16 недель после имплантации вокруг нитей из ПГБ зафиксировано значительное истончение капсул, их средняя толщина сократилась до $54,09 \pm 3,28$ при рядности фибробластов (РФ) на уровне $4,64 \pm 0,37$; количество активных макрофагов в тканях, примыкающих к имплантанту, по-прежнему оставались на высоком уровне. Толщина ФК вокруг кетгута на этом сроке, несмотря на признаки его деструкции, достигла $514,21 \pm 12,01$ мкм. Пучки коллагеновых волокон в ФК вокруг кетгута были гораздо толще и занимали практически весь объем капсулы. Через 24 недели после операции отмечена дальнейшая инволюция фиброзных капсул вокруг ПГБ, при этом. ТК уменьшились до $33,73 \pm 2,05$ мкм соответственно. В капсулах преобладали зрелые коллагеновые волокна, по-прежнему присутствовали активные фагоцитирующие макрофаги. В месте имплантации кетгута, несмотря на активную деструкцию (к 4 мес. Он не определялся в тканях), плотные капсулы сохранялись. Через 16 и 24 недели после имплантации кетгута ТК составили, соответственно, $342,00 \pm 9,68$ и $272,14 \pm 4,11$ мкм.

Дальнейшее наблюдение за состоянием тканей у животных, которым были имплантированы экспериментальные нити из ПГБ, показало, что существенных изменений в состоянии имплантированных нитей не произошло. Спустя 9 мес после операции неблагоприятных явлений в зоне имплантации не отмечено. Толщина капсулы вокруг нитей у отдельных животных составляла 20-40 мкм. Имплантанты были окружены здоровыми тканями из вновь сформированных волокон, которые были ориентированы вокруг полимерной нити. Через 12 мес. фиброзной капсулы вокруг имплантантов практически не наблюдали.

Морфологические методы исследования тканей в зоне кишечного анастомоза включали макроскопическое описание и гистологическую характеристику препаратов. Макроскопически (по данным аутопсии) через 100 суток оценивали наличие выпота, выраженность спаечного процесса в свободной брюшной полости, внешний вид энтероэнтероанастомоза, его проходимость, наличие рубцовых изменений в зоне наложения кишечных швов.

При аутопсии все анастомозы были проходимы и состоятельны, признаков местного и распространенного перитонита не отмечено ни у одного из животных. В первой группе у всех животных в области соустья выявлен умеренный спаечный процесс, с вовлечением в процесс сальника и брыжейки тонкой кишки с наличием плотных, плоскостных спаек. У одного животного первой группы при разделении спаечного конгломерата в зоне анастомоза произошла десерозация участка тонкой кишки, непосредственно прилегающего к зоне анастомоза. У 2-х животных была отмечена умеренно выраженная рубцовая деформация в месте наложения анастомоза. Нити Викрила четко визуализировались.

У животных второй группы спаечный процесс был значительно менее выражен. Макроскопически в зоне анастомозов отмечалось незначительное утолщение кишечной стенки, рубцовой деформации в месте выполнения кишечного шва выявлено не было, нити ПГБ не визуализировались.

При анализе морфологических препаратов зоны анастомозов у животных обеих групп получены схожие результаты. На уровне анастомоза определялась созревающая грануляционная ткань, представленная сосудами капиллярного типа, определялись фибробласты, эпителиальные, плазматические клетки, лимфоциты, эозинофилы и единичные лейкоциты. Смещения слоев стенки кишки не выявлено. Эта картина соответствовала срокам формирования анастомоза (100 дней) и может свидетельствовать о том, что процесс регенерации находился в стадии завершения. Определялись сформированные сосуды, гладкомышечные клетки, соединительная ткань, разрезы сосудов, нервные клетки и тонкий слой мезотелия.

Таким образом, результаты экспериментальных исследований нитей из ПГБ для выполнения ручного П-образного серозно-мышечно-подслизистого кишечного шва выявили отсутствие признаков перитонита и несостоятельности соустья, незначительно выраженное образование спаек в зоне вмешательства, отсутствие воспалительной реакции кишечной стенки на нить.

Это позволяет положительно оценить предварительные результаты применения нитей ПГБ для формирования кишечного шва и требует дальнейших исследований, в частности, микробной проницаемости, механической прочности и клинических испытаний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Применение полипропиленовой мононити в качестве шовного материала / В. Т. Сторожук, Л. А. Вольф, Т. Н. Калинина и др. // Хирургия. – 1991. - № 12. – С. 132-135.
2. Чхиквадзе, Т. Ф. Рассасывающиеся синтетические шовные материалы / Т. Ф. Чхиквадзе, Н. К. Зарнадзе // Хирургия. – 1990. - № 12. – С. 154-158.
3. Опыт и перспективы применения полипропиленовой мононити в гнойной хирургии / В. Т. Сторожук, Т. Н. Калинина, В. А. Жуковский и др. // Клин. хир. – 1990. - № 1. – С. 38-39.
4. Физиолого-биохимические свойства и способность к синтезу полиоксисилканов у глюкозоусваивающего штамма водородных бактерий *Ralstonia eutropha* / Т. Г. Волова, И. В. Кожеников, Ю. Б. Долгополова и др. // Микробиология. - 2005. - Т. 74, № 6. - С. 788-794.
5. Волова, Т. Г. Синтез сополимеров полигидроксисульфата и полигидроксисилканата поли(3ГБ/63ГВ) бактериями *Ralstonia eutropha* / Т. Г. Волова, Г. С. Калачева // Микробиология. - 2005. - Т. 78, № 1. - С. 63-69.
6. Шишацкая, Е. И. Исследование свойств полигидроксисилканов перспективных для получения пористых матриц / Е. И. Шишацкая, С. А. Гордеев, Т. Г. Волова // Перспективные материалы. - 2004. - № 5. - С. 40-44.
7. Волова, Т. Г. Физико-химические свойства многокомпонентных полигидроксисилканов / Т. Г. Волова, П. В. Миронов, А. Д. Васильев // Биофизика. - 2007. - Т. 52, № 3. - С. 460-465.

УДК 616.2-053.2-085:614.2

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ, ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ НОВОЙ ФОРМЫ АМОКСИЦИЛЛИНА/КЛАВУЛАНАТА ПРИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ

Черепанов С. М.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра детских болезней с курсом ПО*

Научные руководители: д.м.н., проф. Ильенкова Н. А., к.м.н., асс. Чикунев В. В.

Проблема рациональной и экономически эффективной антибиотикотерапии острых заболеваний органов дыхания у детей остается одним из самых сложных вопросов в клинической практике. Несмотря на разногласия в выборе антибиотика первого ряда и альтернативного препарата, мнения различных авторов в основном совпадают и для эмпирической антибактериальной терапии рекомендуются: “защищенные” пенициллины, макролиды, цефалоспорины II поколения. Однако в реальной клинической практике данные рекомендации не всегда учитываются. [2, 4].

В настоящее время ориентирование врача при выборе лекарственного препарата только на его эффективность, переносимость и безопасность является недостаточным. Не менее важным является удобство приема препарата, способ его введения и вопрос курсовой стоимости лечения. [3, 4].

Целью настоящего исследования явилась оценка клинической эффективности и безопасности новой формы амоксициллина/клавуланата при острых заболеваниях органов дыхания у детей в рамках исследования «ЛАБИРИНТ», а также расчет экономической эффективности наиболее часто применяемых антибактериальных препаратов при данной патологии.

Задачи исследования:

1. Оценить клиническую эффективность и безопасность новой формы амоксициллина/клавуланата (Флемоклав Соллютаб®) при острых заболеваниях органов дыхания у детей в рамках исследования «ЛАБИРИНТ».
2. Определить фармакоэкономическую целесообразность рациональной антибиотикотерапии острых заболеваний органов дыхания у детей.

Материалы и методы: В соответствии с целью и задачами исследования на первом этапе проведена оценка эффективности и безопасности новой формы амоксициллина/клавуланата (Флемоклав Соллютаб®) при острых заболеваниях органов дыхания у детей в рамках клинического исследования «ЛАБИРИНТ», находящихся на лечении в поликлиниках г. Красноярска и детском пульмонологическом отделении ГКБ № 20 им. И.С. Берзона (зав. отделением – Филончик Г.В.) в период с октября 2008 г. по март 2009 г.

В открытое исследование «ЛАБИРИНТ» были включены: дети в возрасте от 3 месяцев до 17 лет, с диагнозом острая пневмония и бронхит (с признаками бактериальной инфекции), которые по тяжести течения заболевания могли принимать препарат внутрь, и не получавшие системных антибактериальных препаратов на протяжении 1 месяца до включения в исследование, включая настоящий эпизод заболевания. Критерии исключения: дети в возрасте до 3 месяцев и имеющие в анамнезе аллергические реакции на препараты пенициллинового ряда. В рамках данного исследования всем детям назначался амоксициллин/клавуланат компании Астеллас Фарма (Флемоклав Соллютаб®) в форме диспергируемых таблеток, в дозе 30–60 мг/кг/сут в 3 приема непосредственно перед едой.

На втором этапе были проанализированы истории болезней 12 пациентов, получавших в качестве антимикробного препарата - цефтриаксон и 12 детей, получавших цефотаксим, с оценкой эффективности лечения. Затем проведен расчет экономических затрат на лечение детей, получавших Флемоклав Соллютаб® и цефалоспорины III поколения, как наиболее

часто применяемые стартовые антибактериальные препараты в условиях приемного отделения ГКБ № 20 им. И.С. Берзона. Стоимость курса лечения рассчитана по прайс-листу Центра внедрения «Протек» по данным от 20.03.09 г. (стоимость цефтриаксона 1,0 флак, синтез (Курган) ОАО - 29,15 рублей, цефотаксима 1,0 флак, биосинтез ОАО - 22,53 рублей, флемоклав соллютаб® 250мг+ 62,5мг табл. дисперг. №20 (Astellas) - 363,58 рублей, шприц 10 мл CHIRANA CHIRANA - 5, 88 рублей, вода для инъекций 5 мл № 10 амп, Новосибхимфарм ОАО - 34, 85 рублей).

Для каждой группы рассчитан коэффициент «затраты–эффективность» (cost-effectiveness - CER) по формуле [1]: $CER = (DC+IC)/E$, где CER — коэффициент «затраты/эффективность» (показывает затраты, необходимые на одного вылеченного больного); DC – затраты, включающие прямые медицинские и прямые немедицинские затраты; IC – непрямые затраты; E – эффективность лечения (относительное количество вылеченных больных). Более эффективным (доминантным) считают тот метод, коэффициент «затраты–эффективность» которого меньше. Статистическая обработка осуществлялась на ПК «Intel Pentium IV». По результатам исследования в пакете электронных таблиц MS Excel 2000 была сформирована база данных, на основе которой с помощью статистических прикладных программ Statistica 6.0. for Windows (Stat Soft Inc. 1995 г.) производился статистический анализ.

Результаты и обсуждения: Результаты проведенного исследования показывают, что средний возраст детей в рамках исследования «ЛАБИРИНТ» составил 8,2 лет (95%ДИ: 7,1-9,2). Из них 11 (42,3%) девочек и 15 (57,7%) мальчиков. Продолжительность заболевания на момент установления диагноза составила в среднем $5,4 \pm 2,1$ дней. У 16/26 (61,5%) детей бронхит протекал на фоне сопутствующей патологии, среди которой: острый отит (37,5 %), бактериальный гайморит (56,25%), атопический дерматит (6,25%), дисфункция билиарного тракта (25 %). Средняя суточная доза Флемоклав Соллютаб® составила $677,9 \pm 58,9$ мг. Средняя продолжительность курса терапии - $8,6 \pm 1,8$ дней. Кроме антибактериального препарата все дети получали сопутствующую терапию – отхаркивающие, муколитики, бронходилататоры, деконгестанты, капли в уши, физиолечение, кинезитерапию. Планируемый курс лечения завершило 22 (84,6 %) ребёнка. Досрочно прекратили приём препарата 4 (15,4%) пациента, из них 2 (7,7%) в связи с отсутствием эффекта на 3-й день терапии, 1 (3,8%) из-за развития нежелательных явлений средней степени тяжести (боли в животе, разжиженный стул; специальных дополнительных назначений, связанных с нежелательными явлениями, не потребовалось, стул нормализовался после отмены препарата) и 1 (3,8%) по желанию родителей. Клиническая эффективность препарата составила 84,6 %, отсутствие эффекта отмечалось у 2 (7,7%) пациентов. У 2 (7,7%) пациентов оценить клинический ответ было невозможно. Затем проведена оценка эффективности лечения пациентов с острыми заболеваниями органов дыхания на фоне приема цефалоспоринов III поколения (цефтриаксон и цефотаксим) (табл. 1).

Таблица 1

Сравнительная оценка эффективности применения антибактериальных препаратов при острых заболеваниях органов дыхания у детей

	Цефтриаксон	Цефотаксим	Флемоклав Соллютаб®
	n=12	n=12	n=26
Эффективность	10/12 (83,4%)	8/12 (66,7%)	22/26 (84,6%)
Отсутствие эффекта	0/12 (0%)	1/12 (8,3%)	2/26 (7,7%)
Побочные действия	1/12 (8,3%)	1/12 (8,3%)	1/26 (3,8%)
Отказ от лечения	1/12 (8,3%)	2/12 (16,7%)	1/26 (3,8%)

Таким образом, клиническая эффективность препарата цефтриаксон составила 83,4 %, отсутствие эффекта не отмечалось. У 1/12 (8,3%) пациента оценить клинический ответ было невозможно в следствии отказа от лечения. Побочное действие в виде аллергической реакции отмечалось у 1/12 (8,3%) ребенка. Клиническая эффективность препарата цефотаксим составила 66,7 %, отсутствие эффекта отмечалось у 1/12 (8,3%). У 2/12 (16,7%) пациентов оценить клинический ответ было невозможно в следствии отказа от лечения. Побочное действие в виде аллергической реакции отмечалось у 1/12 (8,3%) ребенка.

На втором этапе исследования проведен анализ «стоимость–эффективность» лечения больных с острыми заболеваниями органов дыхания при приеме препарата Флемоклав Соллютаб® и цефалоспоринов III поколения (цефотаксим, цефтриаксон). Для его проведения учитывали: кратность и способ введения, длительность курса лечения этими препаратами, стоимость процедур, стоимость материалов, занятость медицинского персонала. Стоимость материалов складывалась из стоимости шприцев и растворителя для приготовления раствора для внутримышечной инъекции (табл. 2).

Таблица 2

Средняя стоимость курсового лечения в зависимости от применяемого препарата

	Цефтриаксон	Цефотаксим	Флемоклав Соллютаб®
Кратность введения	1	2	3
Способ введения	в/м	в/м	per os
Общее число больных	10	8	22
Средняя суточная доза	$1,2 \pm 0,3$	$1,65 \pm 0,4$	$677,9 \pm 58,9$
Стоимость средней суточной дозы, руб.	34,98	37,17	54,53
Средняя продолжительность курса лечения, дни	$8,7 \pm 1,7$	$8,0 \pm 1,6$	$8,6 \pm 1,8$
Стоимость курсового лечения (для 1 больного), руб.	304,32	297,36	469,01
Стоимость растворителя (для 1 больного), руб	30,28	55,68	-
Стоимость шприцев (для 1 больного), руб	51,16	94,08	-
Занятость медицинского персонала, руб	62,64	115,2	-
Общая стоимость курсовой терапии для 1 больного, руб	448,4	562,32	469,01

Занятость медицинского персонала рассчитывается исходя из длительности одной процедуры (время приготовления раствора и длительность его введения). Длительность приготовления раствора составляет 3 минуты, а время занятости медицинской сестры для введения препарата – 5 минут. Отсюда занятость медперсонала на курсовое введение цефтриаксона одному больному составляет 69,6 минут, а цефотаксима 128 минут. При стоимости работы медицинской сестры 90 копеек в минуту, затраты на введение цефтриаксона составили 62,64 рубля, на введение цефотаксима 115,2 рублей. Таким образом, средняя стоимость курса лечения с использованием цефтриаксона для 1 больного составила 448,4 рублей, с применением цефотаксима 562,32 рубля и Флемоклав Солютаба® 469,01 рублей.

В качестве основного фармакоэкономического показателя был рассчитан коэффициент «затраты-эффективность» (табл. 3).

Таблица 3

Оценка затрат для достижения эффективности лечения на фоне проводимой терапии

	Затраты, руб	% выздоровлений	CER
Цефтриаксон	448,4	83,4	5,38
Цефотаксим	562,32	66,7	8,43
Флемоклав Солютаб®	469,01	84,6	5,54

Таким образом, в группе детей, получавших Флемоклав Солютаб®, затраты были сопоставимы с пациентами, получавшими цефалоспорины III поколения, в то время как коэффициент «затраты-эффективность» был меньше, чем при назначении цефотаксима, что свидетельствует о доминировании данного препарата.

Выводы:

1. Доказана высокая клиническая эффективность (84,6%) и благоприятный профиль безопасности новой формы амоксициллина/клавуланата (Флемоклав Солютаб®). Нежелательные явления встречались с частотой 3,8 % и только в одном случае потребовали отмены лекарственного препарата.
2. Фармакоэкономический анализ показал, что несмотря на высокую стоимость разовой дозы Флемоклав Солютаба® затраты на курсовой прием сопоставимы с цефалоспорины III поколения.
3. Выявлена доминирующая роль препарата Флемоклав Солютаба® по сравнению с цефотаксимом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Прикладная фармакоэкономика: Учебное пособие / Под ред. В.И. Петрова. – М.: ГЭО-ТАР-Медиа, 2005. – 336с.
2. Применение антибиотиков у детей в амбулаторной практике / Под ред. А.А. Баранова, Л.С. Страчунского // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2007. - № 9. – С. 200–210.
3. Hoberman A., Paradise J.L., Block S., et al. Efficacy of amoxicillin/clavulanate for acute otitis media: relation to Streptococcus pneumoniae susceptibility // Pediatr. Infect. Dis. J. - 1996. - № 15. – P.955–962.
4. Tomasz A. Multiple-antibiotic-resistant pathogenic bacteria: a report on the Rockefeller University Workshop, N. Engl. J. Med. – 1994. - № 30. – P. 1247-1251.

УДК 616. 995. 1 – 036. 2 (571.51)

**ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫЕ ГЕЛЬМИНТОЗЫ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ,
ПУТИ ИНВАЗИРОВАНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ**

Черепанова А. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра биологии с экологией и курсом фармакогнозии*

Научный руководитель: к.б.н., доц. Максимова М. Н.

Взаимоотношения человека с паразитами, основанными на антагонизме, вечны. Паразитические черви являются эндопаразитами и локализуются в организме человека, в основном, в желудочно-кишечном тракте, в печени. Гельминтозы – заболевания, вызываемые червями, и уровень поражения населения России этими болезнями и широта распространения очень высоки, что обусловлено различными причинами. Во-первых, слабое владение населения санитарно-гигиеническими навыками, во-вторых, сложными социально- бытовыми условиями жизни, а именно, материальным и культурным уровнем населения, санитарными особенностями мест и жилищ, условиями труда и быта, профессией, разнообразием бытовых навыков и качеством жизни. Поэтому знания быта населения, его трудовой и хозяйственной деятельности являются необходимым условием разрешения вопросов эпидемиологии гельминтов и правильной организации мероприятий по борьбе с ними.

Нас заинтересовало состояние заболеваемости природно – очаговыми гельминтозами в Красноярском крае. В структуре этих гельминтозов ведущее место занимает описторхоз – это одна из самых актуальных и социально значимых проблем, на долю которой в крае приходится около 60% от числа всех зарегистрированных очаговых гельминтозов. В крае эта патология распространена в районах по течению реки Чулым, существования же очага связано с наличием в биогеоценозе Чулыма промежуточного хозяина кошачьего сосальщика моллюска из рода Битиния, однако в поддержании этого очага ведущая роль принадлежит человеку.

Основным потребителем рыбы является человек, а плохая санитарная обустроенность поселков, городов по течению реки Чулым способствует регулярному попаданию сточных вод, загрязненных фекалиями больных людей, содержащих яйца описторха, получающих дальнейшее развитие в реке.

Анализ материалов заболеваемости описторхозом в Лесосибирске показывает, что в этом регионе формируется очаг описторхоза. В последние годы обращаемость пациентов повышается и соответственно увеличивается число больных описторхозом. Абсолютные показатели следующие: 2005 г.- 69 больных, 2006 г.- 77 больных, 2007 г. – 87 человек. Все больные излечены, однако у 10 -15 % перенесших описторхоз сохраняются функциональные изменения в печени, о чем свидетельствуют данные анализов этих пациентов.

Вторым природно-очаговым заболеванием является дифиллоботриоз.

В 2005 году в Российской Федерации было выявлено 22тысячи заболеваний дифиллоботриозом. В Красноярском крае этот гельминтоз регистрируется, в основном, в Эвенкии (785 случаев на 100 тысяч населения), на Таймыре (289 случаев), в Республике Хакасия (376 случаев), что обусловлено потреблением в пищу рыбной продукции, зараженной финнами (плероцеркоидами) лентеца широкого.

Плероцеркоиды - финны лентеца широкого, образуются в мышцах рыбы при заглатывании зараженных рачков, содержащих процеркоидов, имеют длину от 0,6 до 4 см. Наиболее часто заражены такие виды рыб как щука, окунь, налим, озёрная форель, хариус. При употреблении зараженной рыбы человек становится главным хозяином, в нем плероцеркоиды превращаются в половозрелых лентецов, и через 13 – 20 дней их яйца можно обнаружить в испражнениях. Лентец широкий отличается наибольшим долгожительством и может пребывать в организме человека до 25 лет.

Профилактика природно-очаговых заболеваний в целом - это только одна часть большой экологической проблемы. Все мероприятия по благоустройству канализации, водопровода, постройки уборных и выгребных ям, организации мест свалок, правильной эксплуатации полей орошения и ассенизации являются необходимым условием в борьбе с описторхозом и дифиллоботриозом. В санитарно-просветительной работе с населением всё должно быть направлено на воспитание у человека понимания, что его организм – это открытая система, в которую из окружающей среды вместе с потребляемой зараженной рыбой попадает инвазионное начало – метациркулярии и плероцеркоиды, поэтому прервать попадание возможно только индивидуально, соблюдая все правила и нормы санитарии и гигиены.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ильинских Н.Н. и др. Медицинская паразитология т.1, Томск, «Печатная мануфактура», 2002 г.
2. Лысенко А.Я. и др. Клиническая паразитология, ВОЗ, Женева, 2002 г.
3. Озерцовская Н.Н. и др. Клиника и лечение гельминтов, М. Медицина, 1995 г.

УДК 616.351-007.253-089

К ОБОСНОВАНИЮ НОВОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ РЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

Черкасов Д. М., Газимагомедов Р. Ю., Смачный А. А., Трожецкий А. Ю.

Ростовский государственный медицинский университет

Кафедра хирургических болезней № 4 ФПК и ППС

Научный руководитель: д.м.н., проф. Черкасов М. Ф.

Свищи прямой кишки - одно из самых распространенных колопроктологических заболеваний, их частота варьирует от 15% до 30% [1,5]. При этом, свищевые формы хронического парапроктита составляют в структуре всей проктологической патологии от 25 до 28% наблюдений [2].

В зависимости от расположения свищевого хода по отношению к наружному сфинктеру заднего прохода выделяют интра-, транс- и экстрасфинктерные свищи прямой кишки. Экстрасфинктерные свищи – это свищи высокого уровня, при которых ход огибает снаружи сфинктер заднего прохода [1]. Лечение сложных экстрасфинктерных свищей остается актуальнейшей задачей, так как свищевой ход располагается высоко, может занимать несколько клетчаточных пространств с образованием затеков, при операции имеется опасность травмы сфинктера [8,10]. Число неудовлетворительных результатов хирургического лечения экстрасфинктерных свищей не имеет тенденции к снижению, при этом, вероятность рецидива свища остается высокой и составляет более 14% [10], вероятность развития инконтиненции при этом превышает 10% [4,9,10]. Проблема оперативного лечения больных со сложными формами хронического парапроктита, при наличии экстрасфинктерных ректальных свищей, является одной из самых актуальных в современной проктологии [6,7]. На результаты хирургического лечения сложных экстрасфинктерных свищей оказывает влияние степень выраженности рубцового процесса по протяженности свищевых ходов и в стенке прямой кишки, локализация внутреннего отверстия свищевого хода, характер ветвления свищевых ходов и выраженность ишемических изменений стенки кишки [3,7,8].

Целью настоящего исследования было улучшение результатов лечения пациентов с хроническим парапроктитом, сложными (в том числе, рецидивными) экстрасфинктерными ректальными свищами, предотвращение ранних неблагоприятных осложнений и рецидивов заболевания.

Материалы и методы. В центре хирургии клиники Ростовского государственного медицинского университета выполнен анализ результатов оперативного лечения сложных форм полных ректальных свищей за период с 2004 по 2007гг. Группу клинических наблюдений составили 38 пациентов. Экспертиза результатов проводилась на основании клинических данных, разработанного алгоритма обследования больных с хроническим парапроктитом, ректальными свищами. Настоящий алгоритм включает следующие диагностические исследования: фистулографию, эндоректальное УЗИ, анальную манометрию, электромиографию, а также определение типа тазовой топографии по В.В. Москаленко. При свищах 4 степени сложности дополнительно выполнялась спиральная КТ или магнитно-резонансная томография.

Результаты. Полученные при ультрасонографии, рентгенологических исследованиях, томографии, данные позволили уточнить топографию свищевых ходов, их отношение к волокнам сфинктеров, наличие остаточных гнойных полостей. Кроме того, сравнение показателей до- и послеоперационной анальной манометрии и электромиографии наглядно показало степень и характер дисфункции запирающего аппарата прямой кишки, влияние и последствия операционной травмы сфинктеров.

При наличии полных свищей 2-3 степени сложности у 26 пациентов (10 экстрасфинктерных и 16 трансфинктерных) были применены традиционные методы оперативного лечения, включавшие радикальное иссечение свищевых ходов с ликвидацией внутреннего и наружного отверстия. При трансфинктерных свищах предпочтение отдавалось методу клиновидного иссечения свищей в просвет кишки с ушиванием сфинктеров и частичным ушиванием дна раны. При высоких экстрасфинктерных свищах применяли модификации операции А.Н. Рыжиха с трубчатым выделением свища, при этом свищевой ход препариован со стороны промежности в виде тяжа до стенки прямой кишки, после выделения, иссечения свища и ликвидации внутреннего отверстия (внутрипросветного иссечения содержащего отверстие крипты),

с пластикой стенки кишки по одной из методик. Обязательным этапом было закрытие внутреннего отверстия участком слизистой оболочки, у 9 больных подшивали по периметру П-образный лоскут слизистой, а у 7 пациентов фиксировали перемещенный треугольный участок.

В данной группе в сроки от 3-х до 10 недель у 3-х пациентов из 28 (10,7%) были выявлены рецидивы свища (1 трансфинктерный и 2 экстрасфинктерных), кроме того у 1 больного имело место нагноение послеоперационной раны, повлекшее формирование грубых деформирующих рубцов перианальной области и промежности. Инконтиненции отмечено не было, однако, в двух наблюдениях при отсутствии жалоб на недержание отмечалось относительное снижение манометрических показателей в покое и при волевом сокращении.

Проведенный анализ результатов лечения (включая клиническую симптоматику и послеоперационный мониторинг) помог констатировать клиничко-хирургические предпосылки к возникновению осложнений, а в последствии и рецидивов заболевания. Основными причинами неудовлетворительных результатов лечения после выполнения пластического этапа операции, ликвидации дефекта кишечной стенки в зоне внутреннего отверстия свища, по нашему мнению, стали:

1. Наличие рубцов в сшиваемых краях стенки прямой кишки.
2. Натяжение стенки кишки при ушивании.
3. Выраженная ишемия стенки кишки и отсутствие ее адекватной послеоперационной реваскуляризации в области ушивания внутреннего отверстия.
4. Наличие параректальной остаточной полости в зоне иссеченного свищевого хода.
5. Стандартизированный подход к выбору метода лечения без учета индивидуальных особенностей строения запирательного аппарата прямой кишки и тазовой топографии.

На основании полученных данных диагностических, анатомических и морфометрических методов исследования, а также анализа результатов хирургического лечения сложных ректальных свищей, сформулированы принципы оперативных вмешательств при данной патологии, которые легли в основу предложенного способа оперативного лечения. Применение способа направлено на улучшение отдаленных результатов, предотвращение рецидивов заболевания, а также профилактики недостаточности анального жома.

Предлагаемый способ основан на использовании П-образного фасциально-мышечного трансплантата на основе медиальной порции большой ягодичной мышцы с ягодичной фасцией, погружаемого в остаточную полость операционной раны и фиксируемого к фасциальному футляру прямой кишки в проекции внутреннего отверстия свищевого хода под углом 90° к горизонтальной оси при симфизопетальном типе тазовой топографии и под углом 120° к горизонтальной оси при сакропетальном типе топографии над внутренним отверстием свища, сочетании иссечения свища с мерами, направленными на ликвидацию остаточной полости, купирование воспаления и реваскуляризацию зоны пластики.

Предложенная методика применена у 12 больных с полными экстрасфинктерными свищами 2-4 степени сложности. В послеоперационном периоде применялись антибиотики, анальгетики, средства, улучшающие микроциркуляцию, по общепринятым схемам. Отмечено, что по сравнению с традиционными методиками, отмечена более ранняя активизация больных, снижение интенсивности болевого синдрома, что подтверждается уменьшением количества использованных анальгетиков, сроки послеоперационного пребывания в стационаре составили 6-9 суток. Нагноительных осложнений в послеоперационном периоде не было. Больным амбулаторно проведено контрольное обследование спустя 1, 3 и 6 месяцев после операции. Рецидивов свища не было, электромиография и сфинктероманометрия не выявили недостаточности замыкательного аппарата. У трех пациентов спустя 1 и 3 месяца отмечено относительное снижение базального давления в анальном канале в покое и при волевом сокращении (не более чем на 20% по сравнению с нормой). Клинических проявлений недержания при этом не было. В сроки до 6 месяцев функция сфинктеров восстановилась.

Таким образом, первый опыт применения на практике разработанной новой радикальной хирургической методики лечения больных хроническим парапроктитом, сложными экстрасфинктерными свищами прямой кишки 3-4 степени сложности, позволил улучшить результаты лечения, избежав ранних послеоперационных осложнений, рецидивов заболевания (в сроки не менее 6 месяцев), развития недостаточности сфинктера и, как следствие, инконтиненции. При этом сокращаются сроки послеоперационного пребывания больных в стационаре (до 6-9 дней) и амбулаторной реабилитации оперированных пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2001. - 414 с.
2. Жуков Б.Н., Шабазов В.Н., Исаев В.Р., Лысов Н.А. Колопроктология. – Самара, СамГМУ, 1999, - 132 с.
3. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н., Ан В.К. Руководство по колопроктологии. – М.: ИД Медпрактика-М, 2004, - 488 с.
4. Семионкин Е.И. Колопроктология. – М.: ИД Медпрактика-М, 2004. - 224 с.
5. Тимербулатов В.М., Гайнутдинов Ф.М., Тимербулатов М.В., Хидиятов И.И. Колопроктология. – Уфа.: «Вилли Оксер», 2007. – том 1, - 178 с.
6. Golub R.W., Wise W.E. Jr., Kerner B.A. et al. Endorectal mucosal advancement flap: the preferred method for complex cryptoglandular fistula-in-ano. // Journal Gastrointestinal Surgery. - 1997. – Vol. 1. - №5. – P. 487-491.
7. Gurer A., Ozlem N., Gokakin A.K. et al. A novel material in seton treatment of fistula-in-ano. // American Journal Surgery. – 2007. – Vol. 193. - №6. – P. 794-796.
8. Rosa G., Lolli P., Piccinelli D., Mazzola F., Bonomo S. Fistula in ano: anatomoclinical aspects, surgical therapy and results in 844 patients. Techniques Coloproctology. - 2006. – Vol. 10. - №3. – P. 215-221.
9. Seya T., Tanaka N., Shinji S. et al. Squamous cell carcinoma arising from recurrent anal fistula. // Journal Nippon Med. Sch. – 2007. – Vol. 74. - №4. – P. 319-324.
10. Sygut A., Zajdel R., Kedzia-Budziewska R. et al. Late results of treatment of anal fistulas. // Colorectal Diseases. - 2007. – Vol. 9. - №2. – P. 151-158.

ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ НА РИСК РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**Чернецкий О. А., Симонов П. А., Волков Д. Ю., Ходаковская Н. Е.***Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра биологии с экологией и курсом фармакогнозии, клиничко-лабораторной диагностики ИПО***Научные руководители: к.м.н., доц. Бабушкин В. А., асс. Подгрушная Т. С.**

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) стоят на первом месте среди патологий, приводящих к смерти. По данным ВОЗ в 2004 году от ишемической болезни сердца умерло 7,2 миллионов человек. В России ежегодно от ССЗ умирает около 1 млн. 300 тысяч человек, что составляет от общей смертности 57%. Большая часть из всех ССЗ принадлежит ишемической болезни сердца (ИБС).

По данным на 1997г. из 100 тыс. людей в возрасте от 20 до 24 лет ИБС страдают 8 человек. В возрастной группе от 60 до 64 лет 1712 человек. Хотя в молодом возрасте (до 39 лет) частота (5 – 10%) больных ИБС значительно меньше, но с каждым годом отмечается рост числа больных этой возрастной группы, тем более что протекание заболевания характеризуется более острой формой.

Немало важным является тот факт, что смертность от ИБС у лиц в возрасте 20 – 39 лет составляет 76%. [7].

Из литературных источников известно, что помимо пяти основных к факторам риска возникновения ИБС можно отнести: сахарный диабет, соматотип, наследственность и эмоционально-психологическое состояние.

В результате анализа литературных данных мы пришли к выводу о необходимости более глубокого изучения данной проблемы [2].

Целью настоящего исследования являлось проведение обследования среди студентов, направленное на выявления вредных привычек и факторов, наличие которых впоследствии может привести к развитию ИБС. С этой целью мы разработали анкету, в которую из пяти основных факторов риска ИБС (повышенное кровяное давление, нарушение липидного обмена, курение, низкая физическая активность, ожирение) было решено включить наиболее доступные для обследования – это ожирение, курение и низкая физическая активность.

При анализе историй болезней (ККБ, кардиохирургическое отделение) лиц, страдающих ИБС, мы отметили, что среди 150 больных у 82 (56 %) избыток массы тела, а из 82 у 44 (29 % от общего числа больных) крайняя степень ожирения. Т.е. прослеживается зависимость от одного из основных факторов риска – избыточной массы тела (для оценки данного фактора использовался весоростовой индекс Кетле кг/м^2).

В целом основной причиной ИБС является атеросклероз. Но все больше внимания уделяется эмоционально-психологическому состоянию. Отмечается важность психологического статуса больного (перенесшего инфаркт миокарда) в семье, как фактора, оказывающего влияние на повторное обострение болезни [4,8]. Учитывая данные факты, можно с большой вероятностью говорить о влиянии эмоционально-психологического фактора на непосредственное развитие ИБС.

Специалисты считают использование индекса Кетле недостаточным для описание такого фактора риска как ожирение [3,6]. Это связано с тем, что места отложения жира могут быть различными, а данный индекс это не учитывает. Следовательно, более точным будет совместное использование индекса Кетле с индексом Пинье, на основе которого определяется соматотип. Соматотип как один из факторов влияющих на развитие ИБС был подробно доказан в работах [1,6].

Ученые отмечают снижение риска развития ИБС при уменьшении потребления атерогенной пищи, т.е. уменьшения употребления животного жира и ограничения употребления продуктов с высоким уровнем холестерина [5].

Учитывая указанные аспекты, мы использовали анкеты в которых, помимо выше рассмотренных показателей были включены и другие (например, учитывалось место проживания студента до поступления в вуз, в деревне или в городе).

В ходе исследований было опрошено 100 студентов первого курса. Получены следующие результаты: 16,4% из опрошенных курят. Из них 9% (от общего числа студентов) выкуривают не больше одной сигареты в день, 7,4% выкуривают больше одной. Спортсом занимается 60%, но лишь 23,6% студентов занимается спортом регулярно. 61,8% опрошенных студентов отмечают у себя склонность к расстройству настроения из-за мелочей. Кафе, предоставляющие продукты быстрого приготовления посещают 63,6% опрошенных.

Из результатов следует, что ведущими факторами риска ИБС среди студентов первого курса являются эмоционально-психологический фактор и употребление атерогенной пищи.

Распространенность первого фактора можно объяснить сложностью периода адаптации к учебе в вузе. Второй же фактор напрямую связан со студенческим образом жизни, который не всегда позволяет питаться правильно.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Апанасевич В. В., Зборовский Э. И., Козлов И. Д. и др. Ишемическая болезнь сердца у лиц разных соматических типов // Терапевтический архив. – 1990. – № 8. – С. 47-49
2. Арипов Б. С. Распространенность основных факторов ИБС у студентов Ташкента // Терапевтический архив. – 1990. – № 8. – С. 45-47
3. Волков В. С. Масса тела больного ишемической болезнью сердца: спорные и нерешенные вопросы // Кардиология. – 2002. - № 9. – С. 90-92
4. Гельфат Е. Б., Бехбудова Д. А., Кязим-Заде Э. М. и др. Профилактика ишемической болезни сердца с учетом семейного фактора // Кардиология. – 1994. - № 9/10. – С. 41-43
5. Лешанская О. А., Бубнова М. Г., Перова Н. В. Современные подходы к питанию больных с атерогенными дислипидемиями // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2004, Москва. - № 4. – С. 12-23
6. Негашева М.А., Богатенков Д.В., Глащенкова И.А., и др. Мегаполис и особенности соматотипа как факторы повышенного риска ишемической болезни сердца // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2001, Москва. - №1. - С. 32-37
7. Сыркин А., Новикова Н., Горустович Н. Особенности ишемической болезни сердца у молодых // Врач. – 2001. - № 4. – С. 5-8
8. Терещенко С. Н., Жиров И. В., Васюк Ю. А. и др. Депрессия после инфаркта миокарда угроза или гибель? // Кардиология. – 2007. - № 8. – С. 93

АНАЛИЗ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ПО МАТЕРИАЛАМ КРАСНОЯРСКОГО КРАЕВОГО ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА**Чернобай А. А., Михайлов И. В.***Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра хирургических болезней № 2***Научный руководитель: д.м.н., проф. Черданцев Д. В.**

Острый панкреатит уже многие десятилетия является одной из самых обсуждаемых проблем в мировой медицинской литературе, одним из наиболее сложных вопросов хирургии. Данные научных публикаций свидетельствуют, что заболеваемость острым панкреатитом за последние годы неуклонно растет. Это в значительной мере связано с употреблением алкоголя и влиянием неблагоприятных экологических факторов, причем возрастает частота тяжелых форм заболевания, сопровождающихся неизменной летальностью, причем и среди лиц трудоспособного возраста. В этом аспекте не является исключением и Красноярский край. За прошедший 2008 год от деструктивного панкреатита и его осложнений в Красноярском краевом гнойно-септическом центре умерло 19 человек.

Таким образом цель нашего исследования – анализ неблагоприятных исходов лечения больных с деструктивным панкреатитом.

Нами было обработано 19 историй болезни пациентов ККГСС, лечившихся по поводу деструктивных форм панкреатита в 2008 году. Работа с историями болезни проводилась с помощью анкеты, в которой освещались такие аспекты, как: диагноз при направлении в ККБ № 1, диагноз при поступлении, клинический диагноз, давность заболевания, место проведения первичных и повторных оперативных вмешательств, производилась ли пункция ПЖ под УЗИ-контролем, осложнения острого панкреатита, продолжительность пребывания в реанимационном и/или хирургическом отделении ККГСС, общая продолжительность лечения.

В ходе анализа были получены следующие результаты:

Среди диагнозов при направлении в ККБ № 1 встречались такие, как: эхинококк – 5,2%, хронический панкреатит – 21 %, острый панкреатит – 10,5%, панкреонекроз – 31,6%,

панкреонекроз и псевдокиста поджелудочной железы – 5,2%, панкреонекроз и перитонит – 5,2%, алкоголизм, цирроз печени, асцит – 5,2%, отравление суррогатами алкоголя, острая почечная недостаточность – 5,2%, разрыв кисты поджелудочной железы – 5,2%,

ЖКБ, механическая желтуха – 5,2%, флегмона передней брюшной стенки, острый аппендицит – 5,2 %.

Среди диагнозов при поступлении в ККБ №1 были следующие: эхинококк – 5,2%,

отравление суррогатами алкоголя, острая почечная недостаточность – 5,2%, киста головки ПЖ, асцит, разлитой перитонит – 5,2%, ЖКБ, калькулезный холецистит, механическая желтуха – 5,2%, хр. калькулезный панкреатит – 5,2%, хр. панкреатит – 5,2%, острый панкреатит – 5,2%, острый панкреатит, псевдокиста головки ПЖ – 5,2%, панкреонекроз – 36,8%, инфицированный тотальный панкреонекроз – 5,2%, панкреонекроз, разрыв кисты ПЖ, разлитой серозный перитонит – 5,2%, панкреонекроз, псевдокиста ПЖ – 5,2%
панкреонекроз, перитонит – 5,2%.

Умершие больные имели следующие клинические диагнозы: хр. калькулезный панкреатит – 5,2%, инфицированный панкреонекроз – 15,8%, инфицированный панкреонекроз, тотальная флегмона забрюшинного пространства – 10,5%, инфицированный панкреонекроз, парапанкреатит, абсцесс сальниковой сумки, тотальная флегмона забрюшинного пространства – 5,2%, инфицированный панкреонекроз, парапанкреатит, забрюшинная флегмона слева – 5,2%, инфицированный панкреонекроз, забрюшинная флегмона слева – 5,2%, тотальный панкреонекроз, парапанкреатит, флегмона забрюшинного пространства по центральному типу – 5,2%, тотальный панкреонекроз, тотальная флегмона забрюшинного пространства – 5,2%, тотальный панкреонекроз – 10,5%, субтотальный панкреонекроз – 15,8%, очаговый панкреонекроз – 5,2%, тотальный панкреонекроз, тотальная забрюшинная флегмона – 5,2%, разрыв постнекротической кисты ПЖ – 5,2%.

У 100% обследованных больных давность заболевания – более 1 суток

Первичная операция в районах Красноярского края была выполнена 36,8% больных.

Повторная операция в районах края выполнена 1 пациенту (5,2%) . Из 19 умерших пациентов 21% были направлены в ККГСС через 7 дней после операции в ЦРБ, 15,8% через 14 дней.

У 63% умерших имели место повторные операции в ККГСС. При этом, одна повторная операция была произведена на 37% больных, две повторные операции – 10% больных и три повторных операции перенесли 16% пациентов. Пункция ПЖ под УЗИ-контролем была выполнена 16% обследованных (с получением экссудата различного характера и объема).

Среди осложнений первое место занимают кровотечения (31%). Сепсис выявлен у 21% больных, кишечные свищи – 10%, стрессовые перфорации – 5%. Все 19 больных умерли в реанимационном отделении. Продолжительность пребывания в реанимационном отделении ККГСС:

- до 7 дней – 31% умерших;
- от 7 до 14 дней – 31 % умерших
- более 14 дней – 16% умерших.

Продолжительность пребывания в хирургическом отделении ККГСС:

- до 7 дней – 42% больных;
- более 14 дней – 10% больных.

Общая продолжительность лечения составила:

- до 7 дней – у 37% умерших;
- от 7 до 14 дней – у 26% умерших;
- от 14 до 30 дней – у 21% умерших;
- от 30 до 45 дней – у 10% умерших;
- от 45 до 60 дней – у 5% умерших.

Таким образом, проведенный анализ показывает, что наиболее часто среди умерших встречается диагноз инфицированного панкреонекроза. Отмечается наличие у большинства больных различных осложнений (кровотечения, стрессовые перфорации, сепсис), в том числе и их сочетания у одного больного. Непосредственной причиной смерти больных являлся синдром полиорганной недостаточности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Пугаев А.В., Ачкасов Е.Е. Острый панкреатит. – Москва, 2007. – С. 55-75.
2. Заривчацкий М.Ф., Блинов С.А. Острый панкреатит. – Пермь, 2002. – С. 103.

УДК 616-006-085.837.3-092.9

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ НИЗКОЧАСТОТНОГО УЛЬТРАЗВУКА НАДТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ НА ПЕРЕВИВАЕМЫЕ ОПУХОЛИ

Чиж Д. В., Крутилина Н. И., Минченя В. Т.

Белорусская медицинская академия последипломного образования

Кафедра онкологии

Белорусский национальный технический университет

Научный руководитель: д.м.н., проф. Крутилина Н. И.

Актуальность проблемы: борьба со злокачественными новообразованиями – одна из важнейших проблем современной онкологии и здравоохранения в целом. Несмотря на совершенствование существующих методов лечения злокачественных новообразований (хирургического, лучевого и химиотерапевтического), сохраняется актуальность разработки и внедрения новых методов, повышающих эффективность основных и (или) уменьшающих отрицательное влияние последних на организм. В онкологической практике широко используется высокоинтенсивный фокусированный ультразвук в качестве альтернативной или комбинированной терапии при локализованных опухолях мочеполовой системы, молочной железы, желудочно-кишечного тракта [2, 3, 5, 8, 9], в то время, как характеру изменения опухолевой ткани после ультразвукового воздействия без выраженного теплового эффекта уделяется недостаточное внимание [4, 6, 7, 10, 11]. Это позволяет говорить об актуальности избранной темы исследования.

Цель исследования – изучить характер влияния ультразвука низкой частоты и надтерапевтической интенсивности ($> 1,2 \text{ Вт/см}^2$) на опухолевые ткани различного морфологического строения.

Задачи исследования: - изучить непосредственные результаты акустического воздействия на различные виды экспериментальных опухолей на основе клинических показателей.

- провести количественную оценку степени повреждения злокачественных опухолей с помощью компьютерной программы «Damage of tumor».

- оценить степень морфологических изменений в опухолевых тканях после ультразвукового (УЗ) воздействия.

Материалы и методы: Экспериментальные исследования проведены на 114 белых нелинейных крысах с имплантированными подкожно в пахово-бедренную область штаммами саркомы мягких тканей (СаМ-1) или альвеолярного рака печени (РС-1). Методом случайного отбора животные были разделены на опытные (84 крысы) и контрольные (30 крысы) группы. Во время экспериментального воздействия животные находились в состоянии нейролептаналгезии.

УЗ воздействие в количестве 8 фракций продолжительностью 3 минуты проводилось контактным методом в непрерывном режиме на опытно-экспериментальном аппарате Пульсар-013, генерирующем ультразвук с частотой 22 кГц, интенсивностью от 1-до 10 Вт/см². В работе использованы волноводы из сплава медицинской стали 18ХН10Т с рабочей частью в форме кольца, что позволяло повысить эффективность воздействия за счет кольцевидного обхвата опухоли. Исследовали действие ультразвуковых колебаний, подводимых в зону опухоли, с интенсивностью 3,1 и 8,3 Вт/см².

Критерии оценки воздействия: морфологические, количественные и клинические - средняя продолжительность жизни павших животных в опытной и контрольной группах (СПЖ), темпы прироста опухоли (ТПО), излеченность животных (отсутствие опухоли спустя 30 суток после воздействия).

20 животным из опытных групп через 2 ч после последней УЗ фракции на область опухоли внутривенно вводили 1% р-р синьки Эванса в 0,9 % р-ре NaCl из расчета 1 мл на 100 г массы тела. Через 2 ч животных умерщвляли хлороформом. Опухоли иссекали, фиксировали в течение 1 ч в 10% р-ре формалина. Затем вдоль наибольшего диаметра опухолевого узла делали продольные гистотопографические срезы, которые фиксировали с помощью цифровой фотокамеры, сопряженной с компьютером. Количественную оценку степени повреждения злокачественных опухолей проводили с помощью компьютерной программы «Damage of tumor» (разработка института молекулярной и атомной физики НАН Беларуси), которая совместно с методом прижизненной окраски сосудистого русла опухолей позволяет определять размер жизнеспособных и разрушенных зон опухолевой ткани. В данной программе реализован алгоритм компьютерного анализа цветовых оттенков гистотопографических срезов опухолей. В процессе обработки данных программа распознает синий цвет, в который окрашиваются жизнеспособные зоны опухоли после внутривенного введения красителя синьки Эванса. Отношения количества «мертвых» точек к количеству всех точек выделенной области снимка опухолевого среза представляет собой «относительный процент некроза».

Результаты и обсуждение. Для исследования характера акустического воздействия на вышеуказанные опухолевые штаммы было выполнено 4 серии опытов (по 2 серии с каждым штаммом).

СПЖ животных с перевитым опухолевым штаммом СаМ-1 после УЗ воздействия 3,1 Вт/см² составляла 36,5 дней в опытной группе и 32,15 дней в контроле, при УЗ 8,3 Вт/см² – 39,23 и 33,7 дней соответственно. При этом увеличение СПЖ составило 11,9% в опыте с ультразвуком 3,1 Вт/см², 14,09% в опыте с ультразвуком 8,3 Вт/см².

Для опухолей штамма РС-1 характерны следующие особенности: СПЖ животных после УЗ воздействия 3,1 Вт/см² составила 79,8 дней в опытной группе и 72,29 дней в контроле, при УЗ 8,3 Вт/см² – 76,3 и 71,48 дней соответственно. При этом увеличение СПЖ составило 9,41 % в опыте с ультразвуком 3,1 Вт/см² и 6,31% в опыте с ультразвуком 8,3 Вт/см².

Излеченности животных в проведенных опытах не наблюдалось.

При количественной оценке повреждения опухолевой ткани (программа «Damage of tumor») выявлены следующие закономерности: для штамма СаМ-1 при интенсивности УЗ 3,1 Вт/см² – повреждение (некроз) опухолевой ткани составляло от 27 до 38%, при УЗ 8,3 Вт/см² – 28-41%. Для штамма РС-1 повреждение при интенсивности УЗ 3,1 Вт/см² составило – 23-42%, при УЗ 8,3 Вт/см² – 23-28% соответственно.

Оценку УЗ воздействия на опухоли проводили и по морфологическим изменениям [1].

В опытных образцах опухолей СаМ-1, подвергнутых УЗ воздействию с интенсивностью 3,1 и 8,3 Вт/см² определяются следующие изменения: в центральных отделах всех опухолей отмечаются циркуляторные нарушения с геморрагическим некрозом. Зона геморрагического некроза составляет от 40% до 50% площади образцов. В периферических зонах опухолей отмечается четко отграниченный рост опухолевых элементов, местами с формированием псевдокапсулы и очаговыми лимфоидными инфильтратами. Митотическая активность клеток составляет: от 1 до 4 митозов при УЗ 3,1 Вт/см² и 10-12 митозов – при УЗ 8,3 Вт/см². Полиморфизм выраженный, характерный для данного вида опухоли. Отмечаются умеренные дистрофические изменения клеток опухоли с явлениями кариопикноза и кариорексиса, вакуолизацией цитоплазмы. Подобные изменения можно оценить, как посттерапевтический патоморфоз I степени в опухолевых образцах подвергшихся воздействию УЗ 8,3 Вт/см² и I - II степени - при УЗ 3,1 Вт/см².

В опухолевых узлах РС-1 после УЗ воздействия интенсивностью 3,1 Вт/см² и 8,3 Вт/см² отмечаются зоны ишемического некроза, занимающие от 25% до 45% площади срезов. Кроме центральных имеются очаги периферических зон, представленные более полиморфными, крупными клетками опухоли. Определяются признаки патоморфоза – кариорексис в отдельных клетках, дистрофия ядер вплоть до некроза. Отмечается нейтрофильная лейкоцитарная инфильтрация, преимущественно периваскулярная. Посттерапевтический патоморфоз I степени после воздействия ультразвуком удельной акустической мощностью 3,1 Вт/см² и I - II степени при УЗ 8,3 Вт/см².

Выводы.

1. Определяется увеличение СПЖ на фоне торможения опухолевого роста у животных в опытных подгруппах с УЗ воздействием по сравнению с контрольными подгруппами.
2. Определяются признаки посттерапевтического патоморфоза I-II степени в зависимости от интенсивности ультразвука и вида опухолевой ткани. Наиболее выраженные изменения в опухолевой ткани штаммов саркомы М-1 и альвеолярного рака печени РС-1 определяются после УЗ воздействия интенсивностью 8,3 Вт/см².
3. Стимуляции роста опухоли под воздействием УЗ не отмечено.
4. Возможность непосредственной оценки эффективности противоопухолевого воздействия того или иного фактора путем количественного определения степени повреждения опухолевой ткани (программа «Damage of tumor»). В тоже время, полученные данные носят ориентировочный характер, поскольку не позволяют судить о характере изменений в опухолевой ткани.

Полученные в результате проведенного исследования данные могут быть использованы для оптимизации методов лечения онкологических заболеваний и способствовать дальнейшему совершенствованию комплексной терапии онкологических больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Муравьев Г.Н. // Общие принципы диагностики опухолей. Онкоморфологический метод. - Клиническая онкология: справочное пособие под редакцией С.З. Фрадкина, И.В. Залуцкого. – Минск: Беларусь, 2003. – Гл. 5. – С.64–115.
2. Beerlage H.P. // Current status of minimally invasive treatment options for localized prostate carcinoma. - Eur. Urol., 2000. - Jan. - Vol. 37, N 1. - P. 2–13.
3. Beerlage H.P. // Alternative therapies for localized prostate cancer. - Curr. Urol. Rep., 2003. - Jun. - Vol. 4, N 3. - P. 216–220.
4. Genter S. // Numerical simulation of ultrasound-thermotherapy combining nonlinear wave propagation with broadband soft-tissue absorption. - Ultrasonics, 2000. - Jul. - Vol. 37, N 10. - P. 693.
5. Jun-Qun Z. // Short-term results of 89 cases of rectal carcinoma treated with high-intensity focused ultrasound and low-dose radiotherapy. - Ultrasound Med. Biol., 2004. - Jan. - Vol. 30, N 1. - P. 57–60.
6. Kobayashi H., Sakuma S. // Treatment of human superficial tumors by ionizing radiation combined with ultrasound. - Nippon Igaku Hoshasen Gakkai Zasshi, 1991. - Feb. 25. - Vol. 51, N 2. - P. 149–154.
7. Lejbkowitz F., Salzberg S. // Distinct sensitivity of normal and malignant cells to ultrasound in vitro. - Environ. Health. Perspect., 1997. - Dec. - 105 Suppl 6. - P. 1575–8.
8. Madersbacher S. [et al] // Transcutaneous high-intensity focused ultrasound and irradiation: an organ-preserving treatment of cancer in a solitary testis. - Eur. Urol., 1998. - Vol. 33, N 2. - P. 195–201.
9. Uchida T., Ohori M., Egawa S. // Minimally invasive therapy for bladder and prostate cancer. - Gan To Kagaku Ryoho., 2001. - Aug. - Vol. 28, N 8. - P. 1094–1098.
10. Watanabe A. [et al] // Consideration on suppression of cancer cell proliferation by ultrasound exposure using sonochemical and biological measurements. - Journal of Physics: Conference Series., 2004. - Vol. 1. - P. 210–215.
11. Yu T., Wang Z., Jiang S. // Potentiation of cytotoxicity of adriamycin on human ovarian carcinoma cell line 3AO by low-level ultrasound. - Ultrasonics, 2001. - Jun. - Vol. 39, N 4. - P. 307–309.

УДК: 616-006.6-036.2 (571.51-201)

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ И ГОРОДЕ КРАСНОЯРСК ПО ДАННЫМ ГОДОВЫХ ОТЧЕТОВ КРАЕВОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА ЗА 2005–2007 ГГ.

Чикинёв Р. Ю., Грудина К. И.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра патологической анатомии им. проф. П. Г. Подзолкова

Научный руководитель: к.м.н., доц. Федякина С. П.

Актуальность проблемы: В современном мире проблема злокачественных новообразований (ЗНО) стоит очень остро – по данным отчетов ВОЗ, онкологические заболевания занимают второе место, сразу за болезнями сердечно-сосудистой системы. Кроме того, в последние десятилетия наблюдается неуклонный рост заболеваемости ЗНО. Это и определяет актуальность данной проблемы.

Помимо традиционно рассматриваемых факторов возникновения онкологических патологий, таких как генетические мутации, изменения эпигеномной регуляции, гормональный статус организма (2), следует выделять и образ жизни

людей. В группу риска по онкологическим болезням входят курильщики; лица, злоупотребляющие алкоголем; наркоманы; люди, живущие в условиях гиподинамии. Кроме перечисленного, значение имеет качество и режим питания, а также профессиональная вредность (контакт с бензпиреном и дибензантраценом, асбестом, ионизирующей радиацией) (2,4), биологическая и экологическая обстановка, а также социальные драмы. Больные сахарным диабетом рискуют, употребляя сахарин и цикламаты в качестве искусственных подсластителей пищи. Фактором риска является и вирусный онкогенез (вирус папилломы человека, Эпштейна-Барр). Исходя из вышеперечисленного, можно заявить, что экология заболеваемости ЗНО в человеческой популяции крайне высока.

Также необходимо отметить важность ранней диагностики онкологии, ведь в огромном количестве случаев сложность излечения состоит в поздней диагностике. Зачастую клинические симптомы болезни появляются в момент, когда течение достигло запущенных стадий (III-IV). Поэтому важно внушить населению необходимость регулярных осмотров у врача и прохождения профосмотров. Рак не возникает на пустом месте, ему предшествует предрак, поэтому раннее выявление и своевременное лечение предрака имеет огромное значение в прогрессировании заболевания. (3)

Цели и задачи:

1. Выявить наиболее эпидемичные в отношении онкологических заболеваний районы Красноярского края и города Красноярска.
2. Определить качество ранней диагностики опухолевых процессов у населения.
3. Статистически выявить наиболее часто встречающиеся локализации злокачественных новообразований.
4. Определить половую, возрастную структуру заболеваемости.

Материалы и методы исследования: Материалами являются данные годовых отчетов о работе Краевого онкологического диспансера за 2005-2007 гг. Метод – статистическая обработка имеющихся данных.

Полученные результаты: В Красноярском крае в 2007 году хуже всего выявляются новообразования в локализациях – рак полости рта и глотки (из 85 случаев – 61 в III-IV стадиях), рак толстой кишки (из 168 случаев – 136 в III-IV стадиях), рак гортани (из 86 случаев – 71 в III-IV стадиях), а также рак предстательной железы (из 86 случаев – 63 в III-IV стадиях).

Хорошие показатели в ранней (I-II стадия) диагностике ЗНО отмечаются при локализации процесса в области губ (67 случаев из 96), кожи, в том числе при меланоме (152 случая из 194), матки (128 случаев из 180), молочной (52 случая из 96) и щитовидной желез (77 случаев из 93).

Существует еще одна пугающая тенденция – онкологические больные постепенно молодеют. Ранее считалось, что рак – болезнь пожилых и престарелых пациентов со сниженной реактивностью организма. Однако в XXI веке подобный взгляд уже не актуален, так как рак встречается и у молодежи.

В отчетах Краевого онкодиспансера не находят отражения в статистике случаи раннего поражения ЗНО, рассматриваются лишь пациенты от 45 лет и старше. В возрасте 45-49 лет высока заболеваемость раком молочной железы, шейки матки, яичников и щитовидной железы, то есть в гормонально-зависимых органах.

В половом аспекте эпидемиология рака (по краю) выглядит следующим образом – на протяжении последних 3 лет у мужчин опухоли встречаются чаще (в среднем на 5%). При этом показатель заболеваемости в крае несколько ниже, чем в среднем по России.

В городе Красноярске наибольшая частота выявления злокачественных опухолей наблюдается в Центральном, Железнодорожном и Кировском районах. Самый низкий показатель наблюдается в Советском районе. Необходимо отметить низкую выживаемость людей со злокачественными новообразованиями в Октябрьском районе (по данным за 2007 год) – при частоте заболеваемости 383,9 на 100 тыс. населения смертность составляет 329,5 (!) человек.

По Красноярскому краю наиболее эпидемичными в отношении рака являются: Больше-Муртинский, Ермаковский, Козульский и Шушенский районы. Особо стоит отметить Эвенкийский автономный округ, где заболеваемость раком различных локализаций со 185 случаев на 100 тыс. населения в 2006 году взлетела до 477,1 (!) в 2007.

В целом по краю, наиболее часто встречающейся разновидностью ЗНО является рак легких (в среднем 14% от общего количества заболевших), молочной железы (11,2%), желудка (9,2%). Наиболее частой причиной этих заболеваний являются вредные привычки (курение), чрезмерная инсоляция, гормональные расстройства. Таким образом, можно заявить, что это итог человеческого существования: образ жизни, вредные привычки, характер питания, профессия, место жительства.

Выводы:

1. Успешность ранней диагностики заключается в быстром обнаружении опухолей на поверхностно расположенных тканях, а также в тканях, доступных обследованию при осмотрах. В недоступных осмотру органах и тканях отмечается поздняя обращаемость и диагностика.
2. Молодые пациенты страдают злокачественными опухолями в гормонально-зависимых органах и органах, связанных с вредными привычками (легкие, печень).
3. У мужчин чаще, чем у женщин, образуются злокачественные опухоли. Это может быть связано с тем, что мужчины чаще женщин употребляют алкоголь, курят, и работают на вредных производствах.
4. Можно отметить низкую выживаемость пациентов с ЗНО в Октябрьском районе.
5. Наиболее частые локализации раковых процессов у жителей края наблюдаются в тканях, напрямую связанных с образом жизни человека: курение и плохая экология окружающей среды (легкие); однообразная, несбалансированная диета и нерегулярный прием пищи, обилие консервантов и ГМИ (желудок, различные отделы кишечника). Таким образом, к профилактике ЗНО можно отнести ведение здорового образа жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Годовые отчеты Краевого онкологического диспансера. – Красноярск, 2005-2007
2. Пальцев М.А., Аничков Н.М. Патологическая анатомия. – Москва, 2005. – с. 170-198
3. <http://www.all-about-cancer-prevention.com/>
4. <http://www.spruce.ru/internal/oncology/>

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ ПО ДАННЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ И ПРИ ПОМОЩИ АКДО

Чихачева И. В., Смбалян А. С.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней с курсом ПО

Научный руководитель: д.м.н., доц. Галактионова М. Ю.

Здоровье детей школьного возраста, как и других групп населения, социально обусловлено и зависит от таких факторов, как состояние окружающей среды, здоровье родителей и наследственность, условия жизни и воспитания ребенка в семье, образовательном учреждении. Значимыми факторами, формирующими здоровье указанного детского контингента, являются система воспитания и обучения, включая физическое воспитание, охрану психического здоровья, а также организация медицинской помощи. Сложившаяся система медицинского обслуживания детей школьного возраста не обеспечивает на современном этапе эффективного решения задач по улучшению уровня их здоровья и снижению заболеваемости.

Проведенная в 2002 году всеобщая диспансеризация детского населения позволила оценить состояние здоровья детей не только декретированных групп, но и всего детского населения. Лишь 10% выпускников школ на сегодняшний день являются здоровыми, 40% имеют хроническую патологию, 50% морфофункциональные отклонения. Анализ результатов проводимых ежегодно профилактических осмотров детей показывает их низкую эффективность. При высоком общем охвате осмотрами (96-98 процентов) патологические состояния и заболевания среди осматриваемых детей выявляются в 2-6 раз реже, чем при целевых выборочных углубленных обследованиях детей. Сложившаяся система профилактических осмотров не позволяет выявлять начальные стадии хронических заболеваний.

Целью нашего исследования явилось изучение показателей состояния здоровья школьников 9-х классов с использованием двух технологий: стандартного профилактического осмотра и при помощи автоматизированного комплекса диспансерного обследования (АКДО).

Задачи исследования включали:

1. Изучение уровня физического развития школьников.
2. Анализ структуры заболеваемости школьников и направленности факторов риска.
3. Изучение показателей функционального состояния сердечно-сосудистой и вегетативной нервной систем.

Материал и методы: Учитывая, что подростки являются особой группой риска по развитию патологии, нами проведен анализ статистических углубленных медицинских осмотров с участием хирурга-ортопеда, офтальмолога, невролога, эндокринолога, гинеколога, отоларинголога. По показаниям подросткам проведено дополнительное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование. А также проанализированы данные результатов профилактического осмотра при помощи автоматизированного комплекса диспансерного обследования (АКДО).

Большинство подростков были отнесены ко II группе здоровья, причем юношей во всех возрастных группах больше, чем девушек. По данным АКДО ко I группе отнесено 1,449% обследованных юношей и 4,54% девушек, функциональные отклонения выявлены у 56,7%, хронические заболевания у 18,4%.

Таблица 1

Распределение подростков по группам здоровья (%)

возраст	пол	группа здоровья			
		I	II	III	IV
Профосмотры традиционные	м	2,36 ± 0,55*	65,18 ± 1,73*	29,12 ± 1,65*	3,34 ± 0,65
	д	4,70 ± 0,84*	58,79 ± 1,95*	35,26 ± 1,95*	1,25 ± 0,44
АКДО	м	1,44 ± 0,43**	64,27 ± 1,70**	30,74 ± 1,67*	3,55 ± 0,67
	д	4,54 ± 0,82**	57,53 ± 1,96**	36,68 ± 1,91*	1,25 ± 0,44

Примечание: * p < 0,05; ** p < 0,01

Привлечение к осмотру подростков врача – ортопеда позволяет выявить у школьников с нарушением осанки уже сформировавшийся сколиоз, направить таких детей на специализированное обследование для уточнения диагноза. Мы проанализировали частоту встречаемости сколиоза у подростков, данные представлены в таблице 2.

У большинства обследованных подростков был сколиоз I степени. Число подростков со сколиозом увеличивается за время наблюдения; юношей, имеющих сколиоз больше, чем девушек, причем разница показателей статистически достоверна.

Частота патологии, выявляемой при осмотре врачом отоларингологом оказалось следующей. Отмечен высокий уровень патологии небных миндалин: гипертрофия небных миндалин II – III степени выявлена у 4,60 ± 0,58% юношей и 6,43 ± 0,94% девушек. Число детей с хроническим тонзиллитом также увеличивается с возрастом; частота встречаемости патологии выше у девушек, хотя разница показателей статистически недостоверна.

Таблица 2

Частота встречаемости сколиоза у подростков (%)

	пол	Сколиоз			
		всего	I ст.	II ст.	III ст.
Профосмотры традиционные	м	6,70 ± 0,91	5,52 ± 0,83	0,92 ± 0,34	0,26 ± 0,17
	д	5,64 ± 0,91	4,86 ± 0,85	0,31 ± 0,22	0,16 ± 0,16
Направленность патологии по АКДО	м	10,25 ± 1,10*	8,67 ± 1,02	1,31 ± 0,41	0,26 ± 0,18
	д	6,58 ± 0,98*	6,11 ± 0,95	0,31 ± 0,22	0,16 ± 0,16

Примечание: * p < 0,05; ** p < 0,01

Отмечается высокая частота патологии уха и сосцевидного отростка, среди которой хронический отит имеет важнейшее значение. Частота хронического отита у девушек невысока и статистически недостоверна. Частота встречаемости различной степени тугоухости у девушек составила- $0,16 \pm 0,16\%$, у юношей тугоухость зарегистрирована в $1,31 \pm 0,41\%$.

Среди причин, вызывающих у подростков снижение остроты зрения, ведущее место принадлежит миопии, преимущественно I степени. Частота встречаемости миопии у девочек выше, чем у юношей, хотя разница показателей статистически не достоверна (табл.3). С возрастом отмечается как частота встречаемости миопии в целом, так рост тяжести миопии.

Таблица 3

Частота встречаемости миопии у подростков (%)

Профосмотры традиционные		МИОПИЯ			
		всего	I ст.	II ст.	III ст.
пол	М	$14,19 \pm 1,27$	$10,77 \pm 1,12$	$3,02 \pm 0,62$	$0,39 \pm 0,23$
	Д	$15,36 \pm 1,42$	$11,75 \pm 1,27$	$3,45 \pm 0,72$	$0,16 \pm 0,16$

В группу патологии нервной системы включены последствия нейроинфекции, последствия закрытой черепно-мозговой травмы, синдром внутримозговой гипертензии, детский церебральный паралич, энурез. Частота встречаемости патологии нервной системы среди юношей оказалась выше, чем девушек, причем разница показателей статистически достоверна. Данные представлены в таблице 4.

Таблица 4

Частота встречаемости патологии нервной системы (%)

возраст	юноши	девушки	примечание
Профосмотры традиционные	$9,99 \pm 1,09$	$3,76 \pm 0,78$	$P < 0,001$
	$13,67 \pm 1,22$	$3,45 \pm 0,72$	$P < 0,001$
Направленность патологии по АКДО	$16,42 \pm 1,33$	$3,76 \pm 0,75$	$P < 0,001$
	$20,82 \pm 2,05$	$9,81 \pm 1,67$	$P < 0,001$

Обязательное электрокардиографическое обследование юношей в допризывном периоде позволяет выявить функциональные изменения сердечно-сосудистой системы. Мы проанализировали структуру нарушений сердечного ритма и проводимости по данным ЭКГ у юношей. Нами выявлено, что наиболее часто регистрировалась синусовая аритмия (42,5%), реже синусовая брадикардия (21,3%), синусовая тахикардия (6,4%), экстрасистолия (6,4%) и миграция водителя ритма (6,4%). Неполная блокада правой ножки пучка Гиса выявлена у 12,8% подростков, феномен укороченного интервала PQ - у 6,4% обследованных. По АКДО направленность патологии по сердечно-сосудистым заболеваниям среди подростков оказалась более 65,7%.

Таким образом, проведенный нами анализ выявил, что значительная часть подростков имеют отклонения в состоянии здоровья. Особенностью патологии в данном возрасте является учащение перехода острых форм заболеваний в рецидивирующие и хронические. Анализ результатов проводимых ежегодно профилактических осмотров детей показывает их низкую эффективность. При высоком общем охвате осмотрами (96-98 процентов) патологические состояния и заболевания среди осматриваемых детей выявляются в 2-6 раз реже, чем при использовании технологии АКДО.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Артамонова, С.Ю. К вопросу оценки функционального состояния подростков / С.Ю. Артамонова, Н.В. Саввина // Актуальные проблемы педиатрии: Сб. матер. XII конгресса педиатров России. – М., 2008. – С. 13.
2. Баранов, А.А. Здоровье детей России / А.А. Баранов. – М.: Изд-во «Союз педиатров России», 1999. – 273с.
3. Голева, О.П. Формирование хронических заболеваний у подростков / О.П. Голева, Н.А. Закоркина, В.Г. Лопушанский // Проблемы соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. – 2005. – №6. – С. 16-19.
4. Ильин А.Г. Современные тенденции динамики состояния здоровья подростков / А.Г. Ильин, И.В. Звездина, М.М. Эльянов // Гиг. и сан. – 2000. – №1. – С. 59-62.
5. Крукович, Е.В. Рисковые периоды формирования здоровья детей и подростков / Е.В. Крукович, Л.А. Жданова // Педиатрия. – 2007. – №2. – С. 103-106.
6. Кузьмин, С.А. Результаты и особенности профилактических осмотров юношей Оренбургской области / С.А. Кузьмин // Актуальные проблемы педиатрии: Сб. матер. XII конгресса педиатров России. – М., 2008. – С. 468.
7. Кучма, В.Р. Показатели здоровья детей и подростков современной системе социально-гигиенического мониторинга / В.Р. Кучма // Гиг. и сан. – 2004. – №6. – С. 14-16.
8. Кучма, В.Р. Приоритетные критерии оценки состояния здоровья и профилактики заболеваний детей и подростков / В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева // Гиг. и сан. – 2005. – №6. – С. 42-45.
9. Онищенко, Г.Г. Социально-гигиенические проблемы состояния здоровья детей и подростков / Г.Г. Онищенко // Гиг. и сан. – 2001. – №5. – С. 7 - 11.

УДК 616.34-007.43-089.85

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СПОСОБОВ ПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОГО ЭНДОПРОТЕЗА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ, РЕЦИДИВНЫХ И БОЛЬШИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Чувашов А. В.

*Бурятский государственный университет
Кафедра факультетской хирургии*

Научные руководители: к.м.н. Товаршинов А. И., Виноградов А. А., д.м.н., проф. Плеханов А. Н.

Актуальность темы: Герниология является одним из важнейших направлений в хирургии с начала ее развития. Несмотря на огромный накопленный опыт, массу предложенных методик, остается еще много нерешенных задач в этой области. Наибольшую проблему представляют послеоперационные, рецидивные и первично большие вентральные грыжи, частота рецидивов при которых достигает 45% (в среднем 23,6%).

Основным преимуществом применения сетчатых протезов в хирургии грыж является возможность избежать натяжения собственных тканей передней брюшной стенки, которое неизбежно возникает при традиционных методах пластики и приводит к высокому проценту рецидивов.

Цель исследования: проанализировать применение различных вариантов размещения сетчатого полипропиленового протеза в лечении послеоперационных, рецидивных и больших вентральных грыж.

Материалы и методы исследования: клиническое исследование. Во 2-ом хирургическом отделении Отделенческой клинической больницы на ст. Улан-Удэ аллопластика полипропиленовыми протезами применяется с ноября 2004 г. Было прооперировано 70 человек, из них мужчин 18, женщин 52, возраст от 27 до 83 лет (средний возраст 57, 6 лет). Размер грыжевых ворот – от 5х5 см до 25х20 см, средняя площадь 59,41 см².

Пациенты были разделены на следующие группы: 31 пациентов с изолирующей интраабдоминальной пластикой, 31 с предбрюшинной, 8 с надапоневротической и комбинированной. В послеоперационном периоде всем больным проводилось дренирование остаточной полости по Редону (1-3 дренажа), интраоперационная антибиотикопрофилактика.

Экспериментальное исследование. Эксперимент был проведен на базе Отдела биологически активных веществ ИОЭБ СО РАН. Экспериментальные исследования проведены на 30 белых крысах линии Вистер самцах исходной массой тела 180 – 200 г. Животным в переднюю брюшную стенку были имплантированы полипропиленовые сетки тремя различными способами. Животные были разделены на три группы (по десять животных с надапоневротическим, предбрюшинным, интраабдоминальным расположением протеза). Животные выводились из эксперимента через 1 и 3 месяца посредством передозировки средств для наркоза. Материалом для исследования послужили местные ткани с трансплантатом, печень, селезенка. Материал фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина, заливали в парафин – целлоидин. Препараты окрашивали гематоксилин – эозином, по Массону, по Ван-Гизону и ШИК реакцией.

Результаты и обсуждение: в послеоперационном периоде во всех случаях наблюдался менее выраженный болевой синдром, активизация больных наблюдалась через сутки после операции. В одном случае наблюдалась серома в подкожной клетчатке после надапоневротической пластики, велась консервативно. За время исследования наблюдалось два рецидива после наших операций. Одна пациентка после предбрюшинной аллопластики по поводу послеоперационной вентральной грыжи. Вторая пациентка после изолирующей интраабдоминальной пластики. Пациентки были повторно прооперированы с применением полипропиленовой сетки.

По данным экспериментального исследования при имплантации сетчатого протеза в разные области локализации структурных изменений во внутренних органах не наблюдалось. Наиболее выраженный рост соединительной ткани отмечался при надапоневротической и предбрюшинной имплантации сетки. При надапоневротической имплантации макрофагальная реакция, пролиферация фибробластов и коллагенез выявлялись на более ранних сроках исследования.

Выводы.

1. Используемый имплантат не вызывает отторжения и структурных изменений во внутренних органах.
2. Комбинированная пластика наиболее предпочтительна, когда удается восстановить целостность передней брюшной стенки собственными тканями
3. При использовании изолирующей интраабдоминальной пластики наблюдается значительное уменьшение проявления экссудации, однако характерно отставание интенсивности репаративных процессов морфологически.

УДК 616.718.41-036-053.2

ИЗУЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ПЕРТЕСА У ДЕТЕЙ

Чуйков М. А., Борисова О. И.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра детской хирургии*

Научный руководитель: асс. Дударев В. А.

Введение. Проблема диагностики и лечения болезни Пертеса (далее БП) до сих пор является актуальной и далеко не решенной. Основываясь только на клинических и рентгенологических данных, практически невозможно составить прогноз развития дистрофических изменений в костной ткани головки бедра, особенно на ранних этапах их развития.

Мы сочли целесообразным изучить изменения показателей КОС в цельной крови и плазме у детей с БП и оценить эффективность различных методов лечения.

Нами было исследовано 64 детей с БП в возрасте от 5 до 15 лет без сопутствующих патологий, находящихся на лечении в хирургическом отделении ГKB № 20 им. Берзона, в сроки с 2005 по 2008 годы.

В нашей работе мы использовали клинко-рентгенологическую классификацию С.А. Рейнберга 1964г.

В исследовательскую группу входили дети с БП, в том числе и дети с 4 и 5 стадиями находящиеся на диспансерном учете. В качестве контрольной группы было взято 30 здоровых детей.

В цельной венозной крови и плазме протенциометрически оценивалось рН крови, концентрация бикарбоната крови (НСО₃), лактата, основных электролитов, сатурации кислорода, значения оксиметрии, парциального давления кислорода и углекислого газа. по сравнению с контрольной группой, у детей с БП нами было выявлено прогрессирующее повышение показателей: лактата в Ист.на 50 относительно нормы. Повышение парциального давления углекислого газа в Ист. на 6,8 Незначительное повышение бикарбонатов в Ист.на 6%, При понижении парциального давления кислорода в Ист. на 22,1%, незначительное понижение рН в Ист.на 1%, повышение показателей: во Ист.на 179%. Повышение парциального давления углекислого газа во Ист.на 30,5%, повышение бикарбонатов во Ист.на 11,5%,. При понижении парциального давления кислорода во Ист.на 42,5%, незначительное понижение рН во Ист.на 1,5%, повышение показателей: лактата в Ист.на 186% относительно нормы. Повышение парциального давления углекислого газа Ист.на 38,3%. повышение бикарбонатов в Ист.на 15,4%. При понижении парциального давления кислорода в Ист.на 38,1%. незначительное понижение рН в Ист.на 2,5%.

Детям было проведено лечение: контрольной группе демпферное вытяжение, исследуемой – тунелизацию шейки бедра с установкой реваскуляризационной иглы. По сравнению с контрольной группой, у детей с БП нами было выявлено прогрессирующее снижение показателей: лактата в IV стадии на 18% относительно нормы, снижение парциального давления углекислого газа в IVст. на 8,5%, снижение бикарбонатов в IVст. на 5%, повышение парциального давления кислорода в IVст. на 5,1%, незначительное понижение pH в Iст. на 0,3%. Также в сравнении показателей КОС у детей с 3 и 4 стадиями БП получился следующий результат: резкое снижение показателей лактата на 104% относительно 3 стадии, бикарбонатов на 20%, парциального давления CO₂; в свою очередь уровень парциального давления кислорода в периферической крови поднялся на 43,1% до значения в 105%, и уровень pH крови стал выше на 2,2% относительно 3 стадии заболевания.

Таким образом основываясь на полученных данных, можно предположить влияние респираторного ацидоза на развитие асептического воспаления в головке бедренной кости, который развивается при избытке угольной кислоты в организме, наступающем вследствие чрезмерного образования CO₂.

Широкий диапазон физиологических эффектов лактата реализуется через различные механизмы и, в частности, через участие в окислительно-восстановительных процессах. Избыточное образование лактата может инициировать действие этого медиатора непосредственно по свободно-радикальному механизму, вызывая активирование процессов. При высоком уровне концентрации метаболита происходит вазодилатация, усиливается сосудистая проницаемость, формируется отек и в последствии – воспалительная реакция при БП.

Выводы: У детей с 1 по 3 стадию БП наблюдается значительное повышение лактата, умеренное повышение pCO₂, и незначительное повышение Na, K, сHCO₃ в зависимости от стадии.

Также при прогрессировании заболевания мы видим понижение pO₂, сатурации и pH крови.

При анализе полученных данных можно предположить о роли респираторного ацидоза в развитии прогрессирования асептического воспаления в головке бедра

Полученные результаты выявили необходимость коррекции, в первую очередь КОС крови больных БП, для снижения гипоксии клеток костной ткани и улучшения микроциркуляции головки бедра.

Тунелизация шейки бедра с установкой реваскуляризационной иглы позволяет сократить сроки заживления, ускорить реабилитацию, максимально нормализовать функцию тазобедренного сустава в короткие сроки, снизить вероятность осложнений. Со стороны КОС все изменения в 4 и 5 стадиях БП приходят в относительную норму, с незначительным повышением pO₂ и снижением бикарбонатов, pCO₂ и лактата относительно контрольной группы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абальмасова Е.А. Остеохондропатии // Детская артродология. - Л.: Медицина, 1981. - С.284-294.
2. Агапов Ю.Я. Кислотно-щелочной баланс//Формы нарушений кислотно-щелочного баланса крови и характер их компенсации. - Медицина, 1968. - С. 55-71.
3. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста, том 2//Остеохондропатия. -2004. - С.258.
4. Литвицкий В.И. Патфизиология//Кислотно-основное состояние. - 2007г. С.174
5. Рейнберг С.А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. - М., 1964. - Т.2. - С.253-269.
6. Селиванов В.П. Диагностика и лечение остеохондропатий и асептических некрозов. - Кемерово, 1965. - 212 с.
7. Садофьева В.И. Нормальная рентгеноанатомия костно-суставной системы детей. - Л., Медицина, 1990. - 216 с.
8. Самучков М.Л., Смирнова И.Л. Дегенеративно-дистрофические заболевания тазобедренного сустава (этиология, патогенез, лечение). - М. - 1989. - Ч. 1. - С. 1 - 65.

УДК 612.313.1:577.15:613.84

АНАЛИЗ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО СТАТУСА И СТРУКТУРОПОСТРОЕНИЯ ФАЦИЙ СЛЮННОЙ ЖИДКОСТИ У ЗДОРОВЫХ КУРЯЩИХ И НЕКУРЯЩИХ ЛЮДЕЙ

Чумак Н. М.

Нижегородская государственная медицинская академия

Кафедра биохимии им. Г. Я. Городисской

Кафедра биологии

Научные руководители: к.б.н. Кузьмина Е. И., д.б.н. Щербатюк Т. Г.

Введение. Сигаретный дым содержит большое количество вредных веществ, среди которых вызывают интерес свободные радикалы, т.к. они способны активировать свободнорадикальное окисление, которое, в свою очередь, приводит к усилению процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и ослаблению защитных систем организма – снижению антиоксидантной активности (АОА). Вследствие этого дисбаланса могут развиваться многие свободнорадикальные патологии.

Целью настоящей работы явился анализ изменения активности ПОЛ, АОА и структуропостроения фаций слюны у здоровых курящих и некурящих людей различного возраста.

Задачи исследования: измерение состояния свободнорадикального статуса, а именно соотношения ПОЛ и АОА, а также изучение структуропостроения фаций слюнной жидкости у здоровых курящих и некурящих людей.

Материалы и методы. В исследование включено 40 здоровых человек в возрасте от 40 до 60 лет, среди них 25 курящих и 15 некурящих людей. Оценка ПОЛ и АОА в их слюне проводилась методом индуцированной хемилюминесценции (Кузьмина Е.И., 1983) на приборе БХЛ-07. Изменения в морфологической картине слюны изучались методом клиновидной дегидратации (Шабалин В.Н., Шатохина С.Н., 1996).

Полученные результаты и их обсуждение. Практически во всей обследованной группе курящих людей выявлены нарушения свободнорадикального статуса. Обнаружено повышение интенсивности ПОЛ в слюнной жидкости (с 1500 до 4500 ед.) и достоверное снижение активности антиоксидантов (с 95 до 69 ед.). В возрасте 40 – 49 лет снижение антиоксидантной активности менее выражено, чем у людей после 50 лет. Возможно, это связано с более продолжительным стажем курения. Отмечено, что даже при отказе от курения снижение АОА сохраняется более 5 лет (63 ед.) со стойким повышением ПОЛ (до 5043 ед.). Метод клиновидной дегидратации показал, что в морфологической картине слюны у курящих людей наблюдаются изменения, сходные с теми, что выявлены у людей старшего возраста по сравнению с молодым. Это позволяет подчеркнуть, что действие табачного дыма аналогично процессам старения, т.е. курение влияет на биологический

возраст организма. Возможно, такие изменения являются следствием нарушения структурной организации компонентов слюны – белков, солей, мукополисахаридов под действием свободных радикалов, количество которых увеличивается при активации ПОЛ и ведет к снижению активности амилазы. Так как слюна является также информативным критерием для оценки нарушений в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ), то, возможно предположить у обследованных людей начальную форму патологий ЖКТ, а вследствие прогрессивного повышения ПОЛ и уменьшения АОА – снижение активности ферментов слюны, главным образом амилазы, что и является следующим этапом исследований.

Выводы.

1. В группе курящих людей наблюдается достоверное повышение показателей ПОЛ до 3000 ед. в сравнении с некурящими и снижение активности антиоксидантов. Разность показателей АОА достигала 26 ед.
2. У людей младшего возраста подобная тенденция была менее выражена.
3. При отказе от курения снижение АОА сохранялось более 5 лет при стойких повышенных показателях ПОЛ.
4. В морфологической картине слюнной жидкости курящих нами обнаружены те же характеристики, что и у людей старшего возраста по сравнению с молодыми.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Владимиров Ю.А., Азизова О.А., Деев А.И. Свободные радикалы в живых системах // Итоги науки и техники. Сер. Биофизика.-М.: ВИНТИ, 1991.-Т.29.-184с.
2. Журавлев А.И. Спонтанная биофлуоресценция животных тканей / Биофлуоресценция.- М.: Наука, 1983.- С.3-30.
3. Козлов Ю.П. Свободные радикалы и их роль в нормальных и патологических процессах.- М: МГУ, 1973.- 175 с.
4. Кузьмина Е.И., Нелюбин А.С., Щенникова М.К. Применение индуцированной хемилюминесценции для оценки свободнорадикальных реакций в биологических субстратах // Межвузовский сборник биохимии и биофизики микроорганизмов.-Горький, 1983. – С.179-183.
5. Шабалин В.Н., Шатохина С.Н. Структурная форма информации в биологических жидкостях// Сб. «Актуальные проблемы геронтологии» - М., 1999. - С. 139-143.
6. Шабалин В.Н., Шатохина С.Н. Морфологии биологических жидкостей человека. – М.: Хризостом, 2001. 304 с.
7. Щербатюк Т.Г., Алехина С.П. Озонотерапия: клинические и экспериментальные аспекты.- Н.Новгород: Литера, 2003. – С.37-61.

УДК:616.8-053.5:618.177-089.888.11(571.51-201)

АНАЛИЗ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОЦЕДУРЫ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ В Г. КРАСНОЯРСКЕ В ПЕРИОД С 2003 ПО 2007 ГГ.

Панферова О. А., Чурсина Т. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра нервных болезней*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Боброва Л. В.

Бесплодие – серьезная проблема, с которой сталкивается немало семей. Причины его могут быть разнообразными, как со стороны женщины, так и со стороны мужчины.

Суть процедуры ЭКО заключается в получении из яичников женщины зрелых яйцеклеток, оплодотворении их сперматозоидами мужа. С последующим выращиванием полученных эмбрионов в инкубаторе в течение 48-72 часов, и переносе эмбриона в матку пациентки. Там прижившийся эмбрион развивается естественным путем.

За время применения метод ЭКО достаточно отработан. В то же время он постоянно совершенствуется. На сегодняшний день в ЭКО используется методика инъекции сперматозоида в яйцеклетку (ИКСИ), которая позволяет получить родного ребенка при сложных формах мужского бесплодия.

Могут ли быть осложнения и побочные действия ЭКО? Ведь можно предположить, что ЭКО, как любое вмешательство, любое лечение вместе с основным положительным действием может оказывать и отрицательное влияние.

Целью нашего исследования явилось выявление особенностей анамнеза, течения беременности, родов, состояния здоровья новорожденных, неврологических нарушений у детей рожденных после ЭКО.

Проведен анализ: анамнеза матери, обменных карт, историй родов, амбулаторных карт детей, данных неврологического обследования.

Нами была взята группа, состоящая из 53 детей от 0 до 5 лет рожденных в роддомах города Красноярска. Контрольная группа из 50 детей рожденных после зачатия естественным путем.

Материалы и методы исследования: за период с 2003-2007гг. в соответствии с поставленной целью проведен анализ 32 историй родов и 53 амбулаторных карт детей, участвовавших в программе ЭКО, 47 историй родов и 50 амбулаторных карт детей контрольной группы. Обследуемые дети были рождены в родильных домах № 1, 2, 5 и наблюдались в поликлиниках города.

Результаты. Общее количество женщин, при помощи случайной выборки, составило 32. Возраст беременных колеблется от 25 до 40 лет, большинство женщин оказались в возрастной группе 26-35 лет (65,60%). До 18 лет не было ни одной женщины. Возрастную группу 18-25 составили 6 женщин (19%) и группу 35-40 лет соответственно 5 женщин (15,60%). В контрольной группе возраст беременных женщин в среднем 25 лет.

Первичное бесплодие наблюдалось у 7 женщин (21,90%), вторичное – у 19 (59,3%). Мужской фактор бесплодия наблюдался в 6 (18%) случаях.

Среди общего количества беременностей (n=32), многоплодных – 19 (59,3%) (среди них двойни – 17(53%), тройни – 2(6%)), одноплодных 13 (41%). В контрольной группе преобладали одноплодные беременности 44 (93,6%), многоплодных 3 (6,4%) – двойни.

Течение беременности без особенностей – у 4 (12,5% от общего числа женщин), соответственно, осложненное течение беременности наблюдалось у большинства женщин – 28 (87,5%). Беременность осложнилась угрозой прерывания у 28 пациенток (87,5%), угрозой преждевременных родов у 20 женщин (62,5%). Анемия имела место у 10 пациенток (32%). Ранний токсикоз у 12 женщин (32,5%), поздний токсикоз у 13 женщин (41%). Реже в структуре акушерских осложнений встречались: урогенитальная инфекция (кандидоз, уреаплазмоз, бактериальный вагиноз) – в 28,1% случаев, пиелонефрит беременных – у 18,7%. В контрольной группе беременности без особенностей наблюдалось у 36 (76%), осложненное у 11 (23,4%) женщин, чаще всего это ранний и поздний токсикоз, урогенитальные инфекции.

Оценивая особенности течения родов, мы рассматривали следующие показатели: срок наступления родов, предлежания плода (плодов), способ родоразрешения.

Большинство женщин (59,3%) родили преждевременно. Доношенными были роды у 13 женщин (41%). В контрольной группе преобладали доношенные роды (83%).

Основным способом родоразрешения была операция кесарева сечения (94%). У 2 женщин (с одноплодной беременностью) роды протекали естественным путем (85%).

Основным показанием для кесарева сечения было наступление беременности в результате ЭКО. Плановое кесарево сечение выполнено у 76% женщин, показания к которому были всегда сочетанными. Соответственно у 24% беременных кесарево сечение выполнено по экстренным показаниям, которые также были сочетанными.

Таблица 1

Особенности течения беременности у женщин после ЭКО и в контрольной группе

Показания	Количество женщин	
	Основная %	Контрольная %
Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез	62,5	38,3
Первородящая старшего возраста	32	6,4
Многоплодная беременность	59,3	6,4
Гипотрофия плода	46,9	17,2
Хроническая маточно-плацентарная недостаточность	25	8,5
Миома матки	15,6	4,3
Ожирение I-II степени	15,6	6,4
Высокая миопия	22	2,1
Обострение генитального герпеса	9,3	4,3

Как видно из таблицы отягощенный акушерско-гинекологический анамнез составляет 62,2%, многоплодная беременность – 59%, гипотрофия плода составила 47%.

Таблица 2

Особенности течения родов у беременных после ЭКО и в контрольной группе

Показания	Количество женщин	
	Основная %	Контрольная %
Преждевременное излитие околоплодных вод	28,13	19,1
Незрелые родовые пути	15,6	17,1
Отсутствие регулярной родовой деятельности	19,2	17
Гестоз, резистентный к терапии	41	10,6
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	6,5	2,1

Оценивая пол ребенка, мы получили данные о том, что мальчиков рождается больше, чем девочек. В нашем исследовании в общей сложности девочек родилось 45,3%, а мальчиков 54,7%. Среди беременностей одним плодом девочек рождается в два раза больше, чем мальчиков: 61,5% против 38,5%. Среди беременностей двойней в два раза больше разнополых двоен (65%). В контрольной группе также мальчиков родилось больше чем девочек, мальчиков (66%), девочек соответственно (34%), двойни чаще однополые, преимущественно мальчики.

Таблица 3

Характеристика новорожденных после ЭКО и в контрольной группе

Характеристика новорожденных	Новорожденные после ЭКО (n=53)	Новорожденные контрольная группа(n=50)
Доношенные	24,5%	82%
Недоношенные	75,5%	18%
Двойни	64%	12%
Тройни	11,3%	0
Дети с массой < 1500,0 г	22,6%	0
Дети с массой 1500,0 -2500г	32,1%	6%
Дети с массой 2500,0 -4000г	45,3%	94%
Мальчики	54,7%	66%
Девочки	45,3%	34%

Следует отметить, что доношенные дети родились в исследуемой группе всего в 24,5% случаев, большой процент составили недоношенные дети – 75,5%.

При оценке данных, относящихся к периоду ранней неонатальной адаптации у новорожденных после ЭКО, мы получили следующие результаты: 20 детей родилось с оценкой по шкале Апгар 6 и менее баллов (37,7%), остальные имели оценку 7 и более баллов. Причинами рождения в асфиксии явились: обвитие пуповины вокруг шеи, хроническая маточно-плацентарная недостаточность, синдром дыхательных расстройств.

Максимальная убыль массы тела у доношенных детей в среднем приходилась на 3-й день жизни и составляла 6,2%. У доношенных – на 4-й день жизни и составляла 7,3%. Данные показатели не отличались от общепопуляционных.

Физиологическая гипербилирубинемия наблюдалась у 58% доношенных и 40% недоношенных детей после ЭКО.

Неврологическая патология, выявленная у новорожденных

Патология	Дети после ЭКО 2003-2007 гг. (%)	Контрольная
группа 2003-2007 гг. (%)		
Задержка внутриутробного развития.	24,5	12
Асфиксия.	24,5	16
Внутриутробное инфицирование.	26,4	20
Синдром дыхательных расстройств.	36	30
Церебральная ишемия.	53	36
Внутрижелудочковое кровоизлияние.	22,6	14
Натальная травма шейного отдела позвоночника.	44	17
Умерло в период новорожденности.	17	0

Из таблицы № 4 видно, что у новорожденных после ЭКО наиболее частой патологией является задержка внутриутробного развития (24%); постгипоксические состояния, синдром дыхательных расстройств (36%), церебральная ишемия (53%), ВЖК встречаются чаще, чем у остальных детей и составляет 22%.

Из родившихся детей выписано домой в удовлетворительном состоянии 24 ребенка. В детскую больницу переведено 29 детей. На ИВЛ находилось 16 детей. Умерло в период новорожденности 9 детей от сочетанной патологии нервной, дыхательной, сердечно-сосудистой систем.

Наблюдение неврологического статуса в динамике в возрасте 1,5 лет и 5 лет позволило выявить у детей рожденных после ЭКО двигательные нарушения у 12 (27%), ДЦП – 4 (9%), симптом гипервозбудимости 15 (34%), натальной травмы шейного отдела позвоночника у 21% детей, задержка речевого развития у 16 (36%), задержка моторного развития у 14 (32%), внутричерепная гипертензия у 18 (41%), практически здоровых 13 (29%).

Выводы. Таким образом, по данным нашего исследования за 2003-2007 гг. мы получили следующие результаты: ЭКО чаще проводят женщинам в возрасте 25-35 лет, в 53% случаев ЭКО заканчивается многоплодной беременностью, при ЭКО осложненное течение беременности встречается в 87,5%, в 59,3% случаев при ЭКО возникают преждевременные роды, очень высокий процент родоразрешения путем операции кесарева сечения, он составляет 94%. Плановое кесарево сечение преобладает над экстренным и составляет 76%.

Здоровье новорожденных после ЭКО значительно отличается от общепопуляционных показателей: недоношенность - 75,5%, маловесность (менее 1,5 кг) – 22,6%, асфиксия при рождении – 24,5%.

Неврологические нарушения, обусловлены в основном задержкой внутриутробного развития, постгипоксическими состояниями, патологической гипербилирубинемией,

Учитывая все вышеизложенное, необходима осведомленность родителей, планирующих оплодотворение при помощи ЭКО, а также акушеры-гинекологи, неонатологи, педиатры и неврологи должны знать течение беременности, родов, исход, особенности детей, рожденных с помощью ЭКО. Работать совместно одной командой и вовремя начинать проводить профилактические и лечебные мероприятия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Журнал «9 месяцев» №7-8 июль-август 2001г.
2. Подготовка пациентов и порядок проведения экстракорпорального оплодотворения: Ведение ранних сроков//Под редакцией Максимова А.Н., 2001г.
3. Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия (теоретические и практические подходы). Руководство для врачей//Под редакцией В.И.Кулакова, Б.В.Леонова, 2003г. – С.105-209
4. Экстракорпоральное оплодотворение: отбор, подготовка и тактика ведения больных // Под редакцией Л.Н.Кузьмичева, В.И.Кулакова, Б.В.Леонова, 2001г.
5. Влияние миомы и миомэктомии на результаты ЭКО//Sound M.A., Patterson R., Muasher S.J., Coddington C.C.J. Assist. Reprod., 1992, № 9, P.217-221.

УДК 616.34-089.84:541.64

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭНДОБИЛИАРНЫХ СТЕНТОВ ИЗ БИОРЕЗОРБИРУЕМЫХ ПОЛИГИДРОКСИАЛКАНОАТОВ

Чурсина Т. В., Ломакина Н. А., Хаплак Б. Б.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра общей хирургии*

Научные руководители: д.м.н., проф. Винник Ю. С., к.м.н., асс. Маркелова Н. М.

Заболевания желчевыводящей системы занимают ведущее место в структуре хирургической патологии брюшной полости. Одной из актуальных проблем медицины до настоящего времени остается лечение больных с механической желтухой (МЖ). Благодаря успехам современной хирургии за последние 10 лет удалось значительно улучшить результаты хирургического лечения, уменьшить число осложнений и летальность. Этому способствовало внедрение в клиническую практику дренирующих инструментальных вмешательств, направленных на купирование синдрома холемии и связанных с ним поражений жизнеобеспечивающих органов и систем организма [6,7].

Успех оперативного вмешательства во многом зависит от свойств конструкции, которая должна обеспечить адекватный пассаж желчи. Наиболее используемыми синтетическими материалами для изготовления эндобилиарных стентов являются силикон, тефлон, полиуретан, полиэтилен и перкуфлекс [3]. Но, к сожалению, сегодняшний день не существует идеального материала для изготовления стентов и протезов, соответствующего современным требованиям билиарной хирургии.

Активно изучаемые в настоящее время линейные полиэфиры полигидроксикапроаты (ПГА) - биосовместимые и биodeградируемые полимеры микробного происхождения, перспективные для широкого применения в медицине. На ПГА, вызывающих минимальные иммунные реакции при имплантации, возлагают большие надежды в восстановительной хирургии, в том числе для протезирования трупных стурктур [7,8].

Целью работы явилось изучение биологических свойств экспериментальных моделей стентов, изготовленных из ПГА, для эндобилиарного протезирования.

Материалы и методы. В эксперименте на 20 беспородных собаках изучены свойства эндобилиарных стентов, изготовленных из ПОА. Интраоперационно после выполнения холедохотомии стенты имплантированы в супрадуоденальную часть холедоха, фиксированы шовным материалом на основе ПОА.

Таблица 1

Распределение животных по сериям

Наименование группы	Количество животных, n	Характеристика группы
Негативный контроль – группа сравнения	N=7	Интактные животные
1 исследуемая группа – позитивный контроль	N=5	Установка эндобилиарного стента из силикона, холецистодуоденоанастомоз
2 исследуемая группа – экспериментальная	N=8	Установка эндобилиарного стента из ПОА, холецистодуоденоанастомоз
Всего	N=20	

В ходе эксперимента до операции, на 7-е, 30-е, 60-е и 100-е сутки проводили общий развернутый, биохимический анализ крови. Показателем состояния неспецифического звена иммунитета животных служила фагоцитарная активность лимфоцитов, определяемая с использованием НСТ-теста, и спонтанная и стимулированная люминолзависимая хемилюминесценция лимфоцитов - регистрировали время выхода на максимум интенсивности (i-max) и площадь кривой (s-max) хемилюминесценции. Наблюдение за животным осуществляли в течение 100 суток. После истечения вышеуказанного срока животные были выведены из эксперимента с помощью внутривенного введения тиопентала натрия. Морфологические методы исследования тканей включали макроскопическое описание и морфометрическую характеристику препаратов тканей. Во время аутопсии оценивали наличие выпота, спаечного процесса в свободной брюшной полости и подпеченочном пространстве, внешний вид холедоха в области нахождения протеза, печени и двенадцатиперстной кишки. После вскрытия просвета холедоха обращали внимание на толщину стенки холедоха, наличие видимых воспалительных изменений, состояние слизистой оболочки холедоха, прочность фиксации эндопротеза к стенке холедоха, наличие дефектов в конструкции протеза вследствие биodeградации полимера, величину просвета эндопротеза, присутствие участков сужения в результате отложения сладжа и конкрементов, толщину стенки эндопротеза.

Результаты и их обсуждение. Все животные по истечении 100 суток были живы. Содержались на стандартной диете. На протяжении всего периода наблюдения были активны, имели хороший аппетит.

У животных группы сравнения на аутопсии патологии в брюшной полости выявлено не было. У животных 1 исследуемой группы у 3-х животных отмечено незначительное количество серозного выпота в брюшной полости (до 30-40 мл), в подпеченочном пространстве имел место умеренный спаечный процесс. При исследовании холедоха в области установки стента определялась инфильтрация, расширение протока, рубцовые изменения. У 2-х животных этой группы верифицирована миграция стента в область фатерова сосочка. Печень макроскопически имела обычный вид. У 2-х животных отмечена умеренная гепатомегалия. При вскрытии просвета холедоха у всех животных стенка его была утолщена, отмечалось разрастание соединительной ткани, инфильтрация. Силиконовый стент легко был экстрагирован из просвета. Слизистая холедоха в месте контакта со стентом имела бледно-розовый цвет, отмечались участки атрофии, просвет стента у 3-х животных был сужен на 40-50% от исходного вследствие отложений сладжа и компонентов желчи. Стенты были хрупкими, на них имелись отложения солей и пигментов желчи.

После выведения животных 2 группы из эксперимента на аутопсии выпота, спаечных, рубцовых изменений в свободной брюшной полости и подпеченочном пространстве выявлено не было. Холедох в месте установки стента имел обычный вид; расширения, воспалительной реакции, рубцового процесса не визуализировалось. Все имплантированные стенты из ПОА находились там, где были изначально установлены, ни в одном случае миграции стента не отмечено. Просвет холедоха в месте установления стента у всех животных был сохранен, имел обычные размеры (0,4-0,5 мм), деформаций, стриктур, рубцовых и воспалительных изменений в зоне имплантирования стентов не отмечено. При извлечении стентов зафиксировано неплотное сращение со слизистой холедоха, при незначительном усилии последние были легко извлечены из просвета холедоха. Стенты сохраняли первичные физические свойства, не были подвержены процессам кальцификации, не отмечено сужения просвета стентов, диаметр их составил $3,5 \pm 0,1$ мм. Дефектов вследствие биodeградации не обнаружено, имело место лишь уменьшение толщины стенки стента, в среднем она составила 0,05-0,08 мм. Участков сужения просвета стентов не зафиксировано.

Анализ состава периферической крови в контрольной и исследуемых группах показал, что в основном эти показатели находились в пределах физиологических величин и были в границах физиологической нормы. Незначительное повышение количества лейкоцитов (от 10 до $12 \cdot 10^9$ /л) и уровня СОЭ (до 10-15 мм/ч) отмечены на 7 сутки после оперативного вмешательства во всех группах у оперированных животных относительно контроля. У животных 1 исследуемой группы к концу периода наблюдения сохранялось умеренное повышение СОЭ (до $10,1 \pm 3,3$ мм/ч). Сдвиг в лейкоцитарной формуле крови экспериментальных животных на всех сроках наблюдения также не выявили в них существенных изменений.

Анализ результатов определения мочевины, общего белка в сыворотке крови животных свидетельствует об отсутствии негативного влияния имплантированных полимерных изделий из ПГА на показатели азотистого обмена и функцию почек животных. Достоверных различий между группой сравнения и исследуемыми группами среди показателей, характеризующих функцию поджелудочной железы (амилаза крови), также выявлено не было. У животных 1 группы с 30-х суток

было зарегистрировано умеренное повышение уровня общего билирубина, которое было обусловлено нарушением оттока желчи. В этой же группе на 100-е было отмечено повышение уровня АЛТ, что свидетельствует о развитии холестаза и нарушении функции печени (табл. 3).

Регистрация показателей функции печени у животных в ходе эксперимента не выявила патологических отклонений в экспериментальной группе животных. Содержание общего билирубина (основной маркер холестаза) у опытных и контрольных животных было в границах физиологической нормы. Активность печеночных ферментов (АЛТ и АСТ) в динамике эксперимента не выявила отклонений по АСТ.

Показатели неспецифического иммунитета у животных исследуемых групп характеризуются умеренным повышением активности, о чем свидетельствует незначительное увеличение уровня фагоцитоза и стимулированной хемилюминесценции. Однако, угнетения, снижения фагоцитарной активности не отмечено, что свидетельствует об отсутствии длительной антигенной нагрузки и феномена «иммунологического паралича».

Эти положительные результаты дают основание предполагать, что применение ПГА в качестве эндобилиарных стентов в реконструктивной хирургии желчевыводящих путей является перспективным направлением и требует дальнейшего изучения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Volova T.G. Microbial polyhydroxyalkanoates - plastic materials of the 21st century (biosynthesis, properties, applications). Nova Science Pub. Inc. NY, USA. 2004. 283 p.
2. A.V. Protopopov, T.A. Kochkina, E.P. Konstantinov, E.I. Shishatskaya, S.N. Efremov, T.G. Volova, I.I. Gitelson. Investigations of application of pha coating to enhance biocompatibility of vascular stents // Doklady Akademii Nauk RAS. Biological Sciences/ 2005.- Vol.401,N. 1.-P.129-132
3. Shishatskaya E.I., Protopopov A., Konstantinov E., Volova T. The 3rd European Symposium on Biopolymers (Madrid, Spain, 24-25 November 2005.-P.49) and made a short oral presentation (Shishatskaya E., "Polyhydroxyalkanoates as matrices for drug delivery systems and drug-eluting stents"). P.49
4. Карпищенко, А. И. Медицинские лабораторные технологии / А. И. Карпищенко. – СПб.: Интермедика, 1999. – 655 с.
5. Торговая марка «БИОПЛАСТОТАН™». Регистрационное свидетельство № 315652 Федерального института патентной экспертизы по заявке № 2006703271/50, приоритет от 15.02.2006. Классы МКТУ: 01, 05, 10.
6. Kurzawinski T., Deery A., Dooley J., Dick R., Hobbs K., Davidson B. A prospective controlled study comparing brush and bile exfoliative cytology for diagnosing bile duct strictures // Gut. 1992. – Vol. 33. – N. 12. – P. 1675-1677.
7. Yamamoto H., Mimura Y., Hayakawa N., et al. Diagnosis and management of benign biliary strictures with percutaneous transhepatic cholangioscopy (PTCS). Nippon Geka Gakkai Zasshi. 1992; 93(9): 1138-1141.
8. Ferro C, Ambrogi C, Perona F., Barile A., Cianni R. Malignant prosthesis: Wallstent vs Strecker's stent. // Radiol. Med. (Torino). 1993. - Vol. 85. N. 5. – P. 644-647.
9. Percutaneous transhepatic inserted self-expanding metal endoprosthesis in the palliative treatment of malignant obstructive jaundice. Glattli A., Mouton W., Schweizer W., et al. // Schweiz. Med. Wochenschr. 1992. - Vol. 122. - N. 17. – P. 663-666.
10. Harewood G.C., Baron T.H., LeRoy A.J., Petersen B.T. Cost-effectiveness analysis of alternative strategies for palliation of distal biliary obstruction after a failed cannulation attempt // Am. J. Gastroenterol. 2002. - Vol. 97. - N. 7. - P. 1701-1707.
11. Lammer J., Neumayer K. Biliary drainage endoprosthesis: experience with 201 placements // Radiology. 1986. - Vol. 159. – P. 625-629.
12. Expandable metallic biliary endoprosthesis: preliminary clinical evaluation. Yoshioka T., Sakaguchi H., Yoshimura H., et al. // Radiology. 1990. - N 117. – P. 253-257.
13. Self-expandable stainless steel braided endoprosthesis for biliary strictures. Gillams A., Dick R., Dooley J.S., et al. // Radiology. 1990. – N. 174. – P. 137-140.
14. Neuhaus H., Hagenmuller F., Classen M. Self-expanding and expandable bile duct prostheses. // Gastroenterol. 1991. - Vol.29. - N. 6. – P. 306-310.
15. Murai R., Hashiguchi F., Kusujama A. Percutaneous stenting for malignant biliary stenosis // Surgical Endoscopy. 1991. - Vol. 5. - N. 3. – P. 140.

УДК 616.36-006.6-036 : 616.36-002.12

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ВИРУСА ГЕПАТИТА В

Шапкина В. А., Панина Ю. С., Капустинский А. Н.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра патологической физиологии

Научный руководитель: доц. Бардецкая Я. В.

Гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) является примером опухоли, имеющей вирусный канцерогенез, ассоциированный с широко распространенными в мире хроническими инфекциями вирусов гепатита В и С, а увеличивающиеся факторы риска безусловно определяют тяжесть и прогрессирование заболевания данной опухоли, чем и обусловлена актуальность выбранной нами темы.

По статистике каждый год в мире регистрируется более 600 000 новых случаев ГЦК. В целом на нее приходится порядка 85 - 90% всех злокачественных новообразований печени. В структуре злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта в России опухоли печени занимают 7-е место (около 6%). По данным на 2003 г., заболеваемость ГЦК в стране составила 3,73 случая на 100 тыс. населения. В мире от ГЦК умирает около 600 тыс. человек в год, а однолетняя выживаемость составляет в среднем 13%. В России показатель смертности от этой опухоли - 5,77 случая на 100 тыс. человек. После постановки диагноза средняя продолжительность жизни больных в Европе - 15, а в Азии - 7 недель. В последнее время наблюдается тенденция роста заболеваемости ГЦК в других странах, в том числе в России, что связано, прежде всего, с распространенностью вирусных гепатитов.

При HBV-инфекции к факторам риска развития ГЦК относятся мужской пол, зрелый возраст, HCV/HBV-коинфекция, злоупотребление алкоголем, курение, ожирение, сахарный диабет. Прекращение употребления алкоголя и курения, коррекция массы тела и контроль за сахарным диабетом уже сами по себе обеспечивают профилактику развития ГЦК.

Лидирующим этиологическим фактором ГЦК являются гепатотропные вирусные инфекции. 75-80% всех ГЦК носят вирусный характер, причем на долю HBV-инфекции приходится 50-55%, HCV-инфекции - 25-30%.

HBV-инфекция, по-прежнему, относится к ведущему причинно-значимому фактору развития ГЦК суммарно по всему миру. Доказано, что при инфицировании HBV риск формирования рака печени в 100 раз выше, чем в общей популяции. Важным аспектом проблемы ГЦК при HBV-инфекции является возраст инфицирования. Риск развития ГЦК наиболее высок при инфицировании в перинатальном периоде, в то время как при развитии HBV-инфекции в зрелом возрасте в значительной степени меньше, он более высок у мужчин, коррелирует с тяжестью заболевания печени, а также

напрямую связан с такими кофакторами канцерогенеза, как экспозиция афлатоксина и коинфекция с HCV. Факторами риска развития первичного рака печени при инфицировании HBV являются наличие HBsAg и значительная вирусная нагрузка (уровень HBV RNA > 100000 копий/мл). Безусловно, риск формирования рака печени возрастает на стадии ЦП. Так, ежегодный риск развития ГЦК у неактивных носителей HBsAg составляет 0,26-0,6%, повышаясь до 2-3% на стадии ЦП. Интерес представляет и тот факт, что при HBV-инфекции возможно развитие ГЦК без ЦП.

Клиническая роль различных генотипов HBV в течении и исходах заболевания

Генотипы HBV могут влиять на скорость HBV-сероконверсии, тяжесть течения болезни, частоту хронизации и вероятность развития гепатоцеллюлярной карциномы. Генотип С HBV ассоциируется с повышенным риском развития гепатоцеллюлярной карциномы, чем А и В. При генотипах С и D уровень вирусной нагрузки ДНК HBV выше, чем при генотипах А и В.

Мутационная изменчивость вируса гепатита В

Благодаря появлению молекулярно-генетических методов, появилась возможность выявления наряду с «дикими» штаммами вируса мутантных вариантов HBV, отличающихся низким уровнем репликации, латентным характером течения инфекции, более активным поражением печени у больных с pre-core мутациями. Мутации ДНК HBV могут привести к изменению или элиминации эпитопов, изменению действия белков вируса на инфицированные гепатоциты, изменению репликации ДНК, сборки вирусных частиц и секреции вирусных белков. Экспрессия вирусных генов блокируется, исключение составляют S и X гены. Транскрипция S гена даже усиливается, если он попадает под контроль клеточных генов-промоторов или активируется собственным промотором, HBsAg. Образующийся в избытке HBsAg не накапливается в гепатоцитах, а в больших количествах выделяется в кровь, что существенно влияет на развитие цирроза печени и ГЦК.

Предполагаемые молекулярные механизмы образования ГЦК при ХГВ

Установлено, что одним из возможных механизмов неопластической трансформации клеток является активация клеточных онкогенов в результате перестройки соответствующих участков генома клетки. Можно было ожидать, что интеграция ДНК HBV способствует такой перестройке клеточных онкогенов.

Малигнизация гепатоцитов связана с перестройками клеточных и вирусных последовательностей в местах первичной интеграции ДНК HBV в геном хронически инфицированного гепатоцита. Весьма вероятно, что этот процесс инициируется и (или) сопровождается воздействием на клетку дополнительных факторов, которые в совокупности с перестройкой генома приводят к возникновению ГЦК. Можно представить следующую схему событий: от инфицирования клетки через стадию интеграции генома HBV к развитию ГЦК:

1) инфицирование перmissive клеток, активный синтез вирусных антигенов, иммунный ответ организма и гибель пораженной клетки;

2) инфицирование неpermissive клеток, отсутствие репликации вирусного генома, одиночная интеграция ДНК HBV в геном клетки, соответственная иная и низкий уровень экспрессии вирусных антигенов и как следствие — отсутствие иммунного ответа организма и селекция клеток, содержащих интегрированную форму ДНК HBV.

Первая стадия инфекции HBV — вирусная «трансформация» гепатоцитов или закрепление ДНК HBV в геноме клетки. Затем вследствие случайных событий и появления условий, стимулирующих деление гепатоцитов (гуморальные или гормональные факторы, контакт с гепатотоксинами или канцерогенами, онкопромоторами, индукторами регенерации печени или другими вирусами), происходит серия перестроек ДНК HBV и клеточных последовательностей, которая ведет к образованию гепатоцитов с фенотипом, отличным от фенотипа нормальной клетки.

Вторая стадия — клеточная трансформация. Быстрое деление таких клеток приводит к появлению клональной популяции гепатоцитов, содержащих одинаковый набор интегрированных последовательностей HBV. Дальнейшие перестройки генома и деление таких клеток в условиях дополнительного действия факторов организма хозяина и их селективного отбора могут привести к развитию автономно растущего неопластического образования печени. Эта модель хорошо объясняет и объединяет уже имеющиеся данные о связи HBV и ГЦК, а также согласуется с общими представлениями о механизмах трансформации клеток.

Механизм канцерогенеза при наличии HBV изучен не до конца. Известно, что опухоль развивается на фоне длительно протекающего воспаления в ткани печени, сопровождающегося ускоренной регенерацией гепатоцитов. Внедрение вирусной ДНК приводит к возникновению точечных мутаций, делеций и транслокаций в различных локусах и в то же время повышает восприимчивость ДНК клеток к факторам внешней среды. Активная репликация вирусной ДНК напрямую стимулирует злокачественную трансформацию, увеличивая вероятность включения вирусных генов в локусы, где расположены как клеточные проонкогены, так и гены, отвечающие за опухолевую супрессию. Возможно также, что вирус влияет на их регуляторные механизмы, что приводит к нарушению стабильности генома гепатоцитов.

Результаты: В ходе исследования выявлено, что в хирургическом отделении №1 КОД (Краевой онкологический диспансер) с 2003-2006 годы выполнены операции 36 больным по поводу первичного рака печени. Из них 22 мужчины и 14 женщин в возрасте от 18 до 60 лет. По данным КОД большинство пациентов проживало в городе Красноярске-56%(табл.1).

Таблица 1

Территория проживания больных первичным раком печени за 2003-2006 гг.

Место проживания	Количество больных
Красноярск	20
Зеленогорск	3
Лесосибирск	2
Дудинка	2
Енисейск	1
Канский район	1
Б-Улуйский район	1
Козульский район	1

Новоселовский район	1
Ужур	1
Зареченка	1
Емельяново	1
Северо-Енисейск	1
Всего	36

Доля мужчин со злокачественными опухолями печени составляет 61,1%, женщин-38,9%. Пик заболеваемости у женщин приходится на период 51-60 лет(50 % случаев). У мужчин рак печени, в основном, регистрируется после 40 лет(табл.2). В ходе исследования отсутствовали случаи ГЦК в возрастной группе 30-40 лет.

Таблица 2

Распределение больных раком печени по полу и возрасту

Пол	10-20 лет	21-30 лет	31-40 лет	41-50 лет	1-60 лет	61 и >
Мужчины	2	2	-	6	5	7
Женщины	2	2	-	1	7	2

В качестве профилактики ГЦК следует рассматривать предупреждение инфицирования вирусами гепатитов В и С, устранение гепатотоксичных веществ, вакцинацию против гепатита В, проведение противовирусной терапии у больных с HBV и HCV. Пациентам из групп риска развития ГЦК необходимо регулярно проводить скрининговые тесты для выявления опухоли.

Несмотря на серьезность проблемы ГЦК, возможности ее ранней диагностики и современные варианты лечения при осуществлении мер профилактического характера позволяют с оптимизмом смотреть на будущее в борьбе с первичным раком печени.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бурневич Э.З., Лопаткина Т.Н. // Гепатологический форум.-Москва,2007.- №4.- С. 12-17
2. Лопаткина Т.Н., Абдурахманов Д.Т. Крель П.Е. и др. // Гепатологический форум.-Москва, 2005. - №1.- С. 20-22
3. Струк В.А. Инфекцион вирусы и канцерогенез. – Украина, 1990. - С 191-216
4. Ивашкин В.Т. Болезни печени и желчевыводящих путей.- Москва, 2005. – С 405-411
5. Ивашкин В.Т., Морозова М.А., Маевская М.В. и др. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – Москва, 2009. - № 1. – С. 4-15

УДК 616.3-073.755.4

СПОСОБ РЕНТГЕНКОНТРАСТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Шатковская О. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра детской хирургии*

Научный руководитель: асс. Дударев В. А.

Актуальность проблемы. Наиболее ценным из всех доступных практической медицине методов исследования ЖКТ является рентгенологический с применением контрастных веществ. Существуют различные способы рентгеноконтрастного исследования желудочно-кишечного тракта у детей К первым относятся сульфат бария и различные органические препараты йода; ко вторым — различные газы (воздух, кислород, углекислый газ, закись азота). [1].

Однако данный метод имеет ряд недостатков:

- в результате чего частичная кишечная непроходимость может перейти в полную
- может привести к развитию угрожающего жизни медиастинита или перитонита при наличии перфорации полового органа.

- новорожденных не приемлемо из-за возникновения грозных осложнений аспирационного характера.

Наиболее близок является метод при исследовании желудка и кишечника двойного контрастирования. Для этого в исследуемый орган, кроме сульфата бария, вводят воздух или комбинируют с йодсодержащим водорастворимым рентгеноконтрастным диагностическим препаратом для внутрисосудистого, интратекального и интритиполостного введения (Омпиак, урографин и тд.). [2,3]

Однако также имеют недостатки:

- Данные препараты являются гиперосмолярными растворами и абсорбируют воду в просвет тонкой кишки, что ухудшает состояние больного в случае полной кишечной непроходимости

- Применение водорастворимых контрастных веществ в периоде новорожденности ограничено из-за быстрой реэорбции рентгеноконтрастных веществ, вследствие чего возможна оценка лишь начального (пищевод, желудок, ДПК) и конечного (толстая кишка) отделов ЖКТ.

- могут вызвать анафилактические реакции и другие аллергические состояния.

- обладает противопоказанием при гиперчувствительность, местные или системные инфекции (инфекционные заболевания), эпилепсия, дегидратация, сахарный диабет, феохромоцитомы, тиреотоксикоз, тяжелые сердечно-сосудистые заболевания, легочная гипертензия, тяжелые нарушения функции почек и печени (печеночная / почечная недостаточность).

Задачей предлагаемого способа является увеличение эффективности диагностики патологии ЖКТ новорожденного ребенка и детей младших возрастных групп.

Цель: провести сравнительную оценку применения различных рентгеноконтрастных веществ для исследования у новорожденных детей при заболеваниях ЖКТ.

Материалы и методы: нами было обследовано с врожденной кишечной непроходимостью (ВКН) - 30 детей. Из них: с полной ВКН - 13 детей, с неполной ВКН - 17 детей. Некротический энтероколит 40 детей и функциональном нарушении ЖКТ при (ППЦНС) 41 ребенок. Все больные были разделены на группы, которым было произведено диагностическое исследование рентгеноконтрастом водонерастворимым сульфатом бария (62 ребенка), вторая группа с рентгеноконтрастом крахмал – контрастной смесью (49 больных) (рац предл. №542). Контрольную группу составили 30 детей. Оценивали: скорость прохождения контраста по ЖКТ в часах, осложнения, непроходимость, бариевый камень без перфорации кишечника с перфорацией, информативность метода.

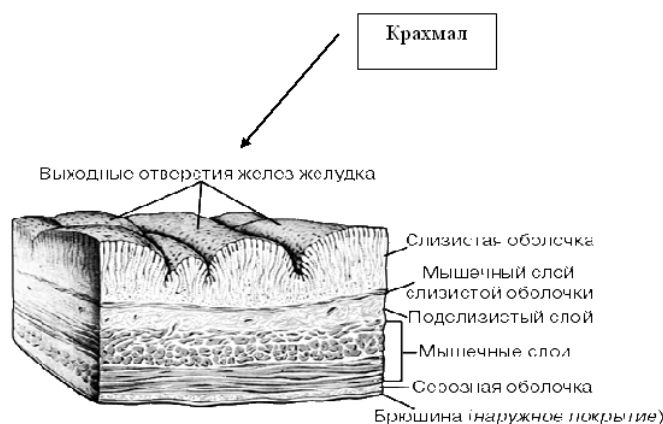
Таблица 1

Вид исследования и осложнения

Вид исследования и осложнения	Норма (n=12)	Врожденная кишечная непроходимость		НЭК (n=25)	Функциональное нарушение ЖКТ (при ППЦНС) (n=25)
		Полная (n=5)	Неполная (n=7)		
Сульфат бария					
Скорость прохождения контраста по ЖКТ (час)	6,2±0,1 час	-	-	11,5±1,1 час	7,4±0,41час.
Осложнение: непроходимость, бариевый камень (без перфорации к-ка)		0	2	3	2
Осложнение: непроходимость					
к-ка, перфоративный перитонит		2	1	4	0
Информативность	100%				
Всего		2	3	7	2
Крахмал – контрастная смесь					
	(n=15)	(n=8)	(n=10)	(n=15)	(n=16)
Скорость прохождения контраста по ЖКТ (час)	2,7±0,30 час	-	-	7,9±0,39час	2,6±0,42час
Осложнение: непроходимость, бариевый камень (без перфорации к-ка)		-	-	-	-
Осложнение: непроходимость к-ка, перфоратив- ный перитонит		-	-	-	-
Информативность	100%				

Результаты: в первой группе больных с водонерастворимым контрастом сульфатом бария, скорость прохождения контраста по ЖКТ в норме составила (6,2±0,1 час), при НЭК составила (11,5±1,1 час) и функциональное нарушение ЖКТ при (ППЦНС) (7,6±0,41 час.). Однако, в этой группе осложнения составили 22,5 % без перфорации кишечника, при полной кишечной непроходимости 2 больных, НЭК у 3 больных с функциональным нарушением ЖКТ при (ППЦНС) 2 ребенка. С перфорацией кишечника при ВКН неполной 2 ребенка, полной 1 больной и при НЭК 4 человека. Информативность метода составила 100%. Во второй группе с рентгеноконтрастом крахмал – контрастной смесью, скорость прохождения контраста по ЖКТ в норме была в 2,2 раза короче по времени, при НЭК 1,4 раза и функциональное нарушение ЖКТ при (ППЦНС) в 2,9 раза. Осложнений в данной группе не наблюдалось. Информативность метода составила 100%.

Предложенный нами способ рентгенологического исследования ЖКТ у новорожденных заключается в использовании водорастворимых веществ не в «чистом» виде, а в составе крахмало-контрастной смеси (ККС).



Крахмал применяется при хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта в качестве обволакивающего, смягчительного и противовоспалительного средства. Он угнетает секрецию желудка и оказывает противовоспалительное действие, способствует уменьшению выделения кислоты желудочными железами, слегка «заглушает» боль. Он хорошо снимает отрыжку и помогает при различных диспепсических расстройствах.

Крахмал обладает выраженным противоязвенным действием, основой механизма которого является блокирование действия пепсина на слизистую оболочку желудка.

Эффективность обволакивающего действия в желудке возрастает при повышенной кислотности желудочного сока, поскольку при взаимодействии с соляной кислотой увеличивается вязкость слизи. Поэтому препарат распределяется тонким слоем по поверхности слизистой оболочки желудка и сохраняется длительное время.

Выводы: клинические наблюдения показывают, что использование водонерастворимого контрастного вещества сульфата бария у новорожденных не приемлемо из-за возникновения грозных осложнений. Таким образом предложенный нами способ рентгенологического исследования ЖКТ у новорожденных заключается в использовании водорастворимых веществ не в «чистом» виде, а в составе крахмало-контрастной смеси. Является высокоинформативным методом, позволяет снизить процент осложнений и не имеет противопоказаний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Зуев М.Г., Ларионов Л.П. Танталовые рентгеноконтрастные вещества. Екатеринбург: УрО РАН, 2002.
2. http://ru.wikipedia.org/wiki/Рентгеноконтрастное_вещество
3. <http://www.nld.by/102/stat1.htm>
4. <http://www.zhuraev.infolmodules.php?name=News&file=article&sid=98>.
5. <http://neother.ru/nher11-4.htm/>
6. http://www.gammamed.ru/14_1.htm/

УДК 614.253.83

НАСЕЛЕНИЕ Г. ЧИТЫ О КАЧЕСТВЕ ОКАЗАНИЯ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Шашкова М. С., Сибирякова Т. В., Дабаева Т. Ю.

*Читинская государственная медицинская академия
Кафедра судебной медицины с курсом правоведения и биомедицинской этики
Научный руководитель: асс. Беломестнова О. В.*

Самым массовым видом оказания медицинской помощи населению являются амбулаторно-поликлинические учреждения. В оптимизации регулирования потоков посетителей существенную роль играет ряд известных факторов: удобное размещение подразделений поликлиники, наличие справочно-информационного обеспечения, создание таких условий труда медицинского персонала, при которых достигается рациональное использование рабочего времени, и т.д. [1,2,3]. Наряду с общепринятыми методами оценки работы поликлиники представляет несомненный интерес изучение мнения населения.

Цель исследования: изучить мнение пациентов о качестве медицинской помощи, оказываемой поликлиниками г. Читы.

Задачи исследования:

1. Изучить методы социологического мониторинга.
2. Разработать вопросы для анкетирования пациентов поликлиник.
3. Провести анкетирования пациентов поликлиник г. Читы (поликлиника 7, поликлиника ОВД, диагностическая поликлиника ЧГМА, железнодорожная поликлиника ст. Чита- I).
4. Провести анализ полученных данных.

Материалы и методы исследования. Проведено анонимное анкетирование 335 пациентов поликлиник г. Читы. Среди них женщин - 58,8%; мужчин - 41,2%; служащих - 20,6%; пенсионеров - 21,8%; учащихся - 22,7%, рабочих - 17,6%.

Результаты исследования. Установлено, что 31,8% респондентов лечатся в ведомственной поликлинике, 29,3% - по месту прописки, 29,3% - по месту фактического проживания, 7,6% посещают платные медицинские учреждения. Выясняя, как часто жители г. Читы посещают поликлиники, мы выявили, что за медицинской помощью ни разу не обращалось 17,3% респондентов; 1 раз в год - 37%; от 2 до 5 раз в год - 34,3%; свыше 5 раз в год - 11,4%. При этом 26,9% считают, что произошло улучшение в работе поликлиники по сравнению с его работой год назад; 67,2% полагают, что никаких изменений не произошло; 5,9% отмечают ухудшение. Оценивая качество работы врачей терапевтов, 30% опрошенных считают, что изменений не произошло, 65,4% респондентов отметили улучшение, 5,5% - ухудшение. 30,7% пациентов считают, что время ожидания приема возросло; 58,5% - не изменилось; 10,8% - уменьшилось. 25,2% респондентов утверждают, что время приема возросло; 64,3% - не изменилось; 10,5% - уменьшилось. Продолжительность врачебного приема считают достаточной 40,9% респондентов, недостаточной - 36,7%, 22,4% - затруднились ответить. Чувствуют себя защищенными на случай болезни, в рамках обязательного медицинского страхования 40,3% респондентов, не защищенными - 31,3%, 28,4% затруднились ответить. Из всех опрошенных 33,1% получают льготные лекарства, при этом у 95,5% возникали трудности при их приобретении. Большинство респондентов (94%) в среднем на дорогу до поликлиники тратят 1 час. График работы врачей и служб поликлиники устраивает 66,5% и не устраивает 33,5% анкетизируемых. В отношении того, через какой промежуток времени в среднем возможно попасть на прием к врачу-специалисту 49,6% отметили, что в тот же самый день; 23,9% - на следующий день; 16,1% - в течение 2-7 дней; 6% ждут свыше недели; и 4,4% вообще не могут попасть на прием. Из всех опрошенных 42,5% считают, что медицинские работники поликлиники обладают достаточной квалификацией; 18,5% - недостаточной; 39% - затруднились ответить. У 42% опрошенных лечащий врач вызывает доверие; у 18,8% - симпатию; у 9,4% - недоверие; у 5,4% возникает антипатия (5,4%) и 22,2% затруднились ответить. 35,9% респондентов утверждают, что получают недостаточно информации о состоянии своего здоровья от медицинских работников; 41% считают, что получают ровно столько, сколько нужно; 5,4% отмечают, что информации слишком много; 17,7% затруднились ответить. Внимательным считают врача 41,9% пациентов, 48,8% - «когда как»; 9,3% - не внимательным. 17,3% респондентов характеризуют своего врача как врача-опекуна (все решения принимает врач, не спрашивая мнения пациента); 38,5% воспринимают его как убеждающего врача (врач предлагает на выбор план, методы лечения, лекарства и убеждает в необходимости выбора того или иного метода); 22,1% - как врача, строящего свои отношения с пациентом на взаимном доверии и согласии (роль пациента пассивная, врач доносит до пациента только необходимую

на его взгляд информацию); 46,9% - врач-информатор, предоставляющий пациенту по его требованию необходимую информацию и полную свободу выбора. Настораживает то, что после приема врача 53,4% пациентов не ощущали изменения состояния; 36,1% чувствовали оптимизм, поддержку, доверие и 10,5% жаловались на пессимизм и озабоченность. С врачебными ошибками, по мнению пациентов, сталкивались 65,8% респондентов.

Из основных качеств необходимых врачу пациенты отметили: профессионализм (17,6%), внимательность (13,6%), доброту и гуманность (14,6%), терпение (1,9%), квалифицированность (2,5%), ответственность (4,3%).

В общем 50,3% респондентов оценивают качество оказываемой медицинской помощи как удовлетворительное, 41,3% - хорошее, 5,1% - плохое, 0,6% - очень плохое.

Выводы: По мнению пациентов, качество оказания медицинской помощи в поликлиниках г. Читы удовлетворительное. Большинство сталкивались с врачебными ошибками. Улучшение в работе поликлиники за последний год не произошло. Каждого третьего не устраивает график работы. Меньше половины считают квалификацию врачей достаточной.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Власов В.В. Основы современной биоэтики. Избранные лекции / В.В. Власов - Саратов.: СГМУ, 2000. - 96 с.
2. Ивановский А.Я. Введение в биоэтику / А.Я. Ивановский [и др.] - М.: Прогресс-Традиция, 1998. - 384 с.
3. Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы / И.В. Силуянова - М.: Грайт, 2001. - 192 с.

УДК 616.12-009.3-053.5

ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА УЧАЩИХСЯ ПЕРВЫХ КЛАССОВ В ДИНАМИКЕ УЧЕБНОГО ГОДА

Шилькирева И. А., Кондратенко Е. И.

*Астраханский государственный университет
Кафедра физиологии человека и животных*

Научный руководитель: д.б.н., проф. Кондратенко Е. И.

Состояние здоровья – один из основных факторов, влияющих не только на длительность и успешность процесса адаптации к школе, но и на весь процесс дальнейшего обучения. Сотрудники института возрастной физиологии обнаружили, что около 20% детей, приходящих в школу, имеют нарушения психического здоровья пограничного характера, но уже к концу первого класса число таких детей превышает 60% [1,2]. По данным всеобщей диспансеризации 2002 года почти 90% детей, поступающих в школу, уже страдают хроническими заболеваниями. При этом отмечается высокая зависимость роста отклонений в состоянии здоровья от объема и интенсивности учебной нагрузки. Изучение здоровья современных школьников является приоритетной проблемой образования и медицины. Наиболее существенные изменения регуляции сердечного ритма у детей отмечаются в процессе учебных занятий в школе. Адаптация к учебным нагрузкам связана со значительной перестройкой механизмов регуляции сердечной деятельности [2]. Одним из важных показателей характера адаптационного процесса является динамика баланса симпатических и парасимпатических влияний на сердечный ритм в течение учебного года [2]. В связи с этим возникает необходимость введения комплексных оздоровительно-профилактических мероприятий, направленных на снижение уровня напряженности детей. В настоящее время используются различные статические упражнения как метод оптимизации функционального состояния организма детей, однако в современных условиях возникает необходимость введения новых форм эффективных, неинвазивных и легко выполняемых в условиях образовательного учреждения форм оздоровления, таких как музыкотерапия и лазеротерапия [9].

В связи с этим нами была определена цель работы: изучение особенностей функционирования и адаптивных возможностей сердечно-сосудистой системы младших школьников.

Задача нашего исследования – выяснить возможность использования лазеротерапии, музыкотерапии как средств, уменьшающих негативные последствия напряженной учебной деятельности.

На первом этапе исследования нами были изучены электрокардиограммы (ЭКГ) учащихся первых классов.

Анализ ЭКГ показал, что к концу учебного года у мальчиков значительно снижается частота сердечных сокращений, увеличение параметров характеризующих тонус парасимпатического отдела вегетативной нервной системы (Мо, RMSSD) и снижение симпатического отдела вегетативной нервной системы (уменьшаются показатели суммарной мощности низкочастотного компонента (LF) и период максимального спектра очень низкочастотного компонента (VLF) вариабельности сердечного ритма). [3] Невропатологом на основании непосредственного осмотра ребенка, медицинских карт, анкет, заполненных родителями, была выявлена группа детей (5 – мальчиков, 9 – девочек) которым была рекомендована лазеротерапия и музыкотерапия.

Лазеротерапия (квантовая терапия) – это терапевтическое воздействие на организм человека электромагнитным излучением оптического диапазона [5]. Лазеротерапия способствует активации процессов жизнедеятельности организма, при этом повреждающие эффекты сведены к минимуму. Лечение лазером вызывает не только местную реакцию организма (противовоспалительный, обезболивающий, иммунокорректирующий, восстанавливающий), но и оказывает общее нормализующее влияние на весь организм: улучшается сон, увеличивается переносимость физических нагрузок. Работа проводилась с помощью портативного лазерного терапевтического аппарата «Муравей». Аппарат представляет собой портативное малогабаритное устройство, имеющее в качестве излучателя матрицу из 10 импульсивных лазерных диодов. С целью общесоматической стимуляции назначается курс из 7 процедур, так как эффект достигает максимума к 7-ой процедуре. Длительность 7-10 минут. Производилась неинвазивная обработка крови: проекция локтевой вены и артерии – 5 минут, аорты – 1 минута. Также воздействие производилось на середину грудины – костный мозг, который является иммунокомпетентным органом [5,6]. Воздействие на подзатылочную область способствует улучшению мозгового кровообращения, нормализует внутричерепное давление, венозный отток, предотвращает головные боли, напряжение.

Воздействие музыкой – один из самых древних методов лечения. Музыку включали до урока, во время перемен. Использовали произведения Моцарта.

Анализируя ЧСС (частоту сердечных сокращений) после коррекции у мальчиков наблюдали урежение пульса, а у девочек – учащение. Анализ вариабельности сердечного ритма показал, что значения амплитуды моды (АМО) увеличиваются у учащихся после коррекции, которые указывает на увеличение степени напряжения симпатического отдела нервной системы.

Таблица 1

Показатели вариабельности сердечного ритма у мальчиков и девочек до и после коррекции

Показатели ВСР	До коррекции		После коррекции	
	Мальчики n=5	Девочки n=9	Мальчики n=5	Девочки n=9
ЧСС	102,4±5,55	92,22±6,37	91±2,74	97,11±4,67
RMSSD, мс	35,2±10,38	49,75±9,23	58,4±10,27	48,88±5,44
SDNN, мс	37,4±7,69	59,67±8,89	59,2±9,18	45,44±5,38
Дисперсия (D), мс ²	2439±676,9	3045±681,3	2673±545,2	2298±473,4
Мода (Мо), мс	577,8±25,01	655,7±38,56	654,6±15,84	619,3±26,42
Амплитуда моды (АМО)	38,96±1,58	36,8±1,49	44,32±5,13	37,19±1,29
Сумм. мощ. TP	1342±462,3*	2822±626,3	3251±727,3	2203±441,5
MAX HF, мс ²	21,78±12,9	46,44±14,22	20,54±2,57	24,55±5,76
MAX LF мс ²	24,33±1,61*	46,74±12,73	44,2±8,58	26,74±4,53
MAX VLF, мс ²	19,19±3,19*	62,76±13,11	63,49±9,05	42,58±7,47
Индекс напряж ИН	174,3± 74,63	78,17±21,89	114,8±22,78	90,4±12,73

Условные обозначения:

*- достоверность различий между показателями до и после коррекции

При этом у мальчиков незначительно повышались показатели моды (МО) и среднего квадратического отклонения (SSDN), квадратного корня из суммы разностей последовательных кардиоинтервалов(RMSSD). Это указывает на активацию парасимпатической нервной системы. У девочек же наблюдали незначительное уменьшение показателей МО и SSDN, RMSSD по сравнению с показателями, полученными до коррекции. При спектральном анализе выделяли три диапазона частот, что обусловлено различием их формирования: диапазон очень низких частот (VLF) отражает функциональное состояние надсегментарных структур; диапазон низких частот (LF) – симпатическую, а диапазон высоких частот (HF) – парасимпатическую нервную систему на сегментарном уровне. При оценке ВСР у мальчиков наблюдали значительное увеличение суммарной мощности спектральных показателей (TP), что свидетельствует об увеличении влияния высших нервных центров на работу сердца, при чем у девочек наблюдали снижение суммарной мощности спектра, и всех спектральных составляющих [3]. При этом вклад дыхательных (HF) волн в суммарный эффект колебаний сердечного ритма незначительно уменьшался, однако вклад низкочастотных и очень низкочастотных показателей спектра (LF и VLF) возрастал после коррекции, что свидетельствует об усилении влияния симпатической вегетативной нервной системы. Реагирование преимущественно надсегментарными структурами является для организма более энергоемким, а реагирование сегментарными структурами, преимущественно парасимпатической нервной системой - менее энергоемкое.

Таким образом, в результате проведенных оздоровительных процедур мальчики в большей степени оптимизировались к учебным нагрузкам.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адаптация организма учащихся у учебной и физической нагрузкам/ под.ред. А.Г.Хрипковой; научно-исслед. Ин-т физиологии детей и подростков АН СССР.-М.: Педагогика,1982.-240.с
2. Артемова Т., Ковалева А. Проблемы обучения детей с шестилетнего возраста. // Народное образование. – 1998. - № 9-10. С. 175.
3. Басевский Р.М., Берсенева А.П., Оценка адаптационных возможностей организма и риска развития заболеваний - М.:Медицина, 1997.- 237с
4. Козлов В.А., Бундин В.А. Лазеротерапия с применением АЛТ «Мустанг». – М.: Медицина,1988.- 148с.
5. Москвин С.В., Мысович Л.В. Низкоинтенсивная лазеротерапия – М.: Медицина, 2004.- 174с.
6. Миронова Т.Ф., Прилуцкий Д.А. Анализ вариабельности сердечного ритма при использовании различных электрокардиографических систем.// В помощь практическому врачу. №24.2002

УДК 614.777:614.445

САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ КАЧЕСТВА ПИТЬЕВЫХ ВОД ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОМ ВОДОСНАБЖЕНИИ НА ПРИМЕРЕ ВОДОЗАБОРА ПЕТРОВЩИНА

Шипитиевская И. А.

*Белорусский государственный медицинский университет
Кафедра общей гигиены*

Научный руководитель: к.б.н., доц. Замбрицкий О. Н.

Обеспечение населения кондиционной питьевой водой в настоящее время является наиболее острой проблемой. Неудовлетворительное качество питьевой воды негативно сказывается на здоровье населения. Поэтому вопросы совершенствования контроля качества воды являются одними из основных в системе социально-гигиенического мониторинга.

Доброта качества воды зависит от состояния водоисточников и систем водоподготовки, подачи и распределения воды, от уровня контроля качества на всех этапах - от водоисточников до потребителей.

Хозяйственно-питьевое водоснабжение Республики Беларусь базируется в основном на эксплуатации защищенных подземных вод. Однако такие крупные промышленные центры как Минск, Гомель, Гродно, Полоцк имеют водозаборы из менее защищенных поверхностных источников. Речные воды содержат десятки органических соединений, включающих кислоты, фенолы, ароматические и полиароматические соединения, пластификаторы, амины и другие, тяжелые металлы, а также болезнетворные микроорганизмы - вирусные, бактериальные, паразитарные. Поэтому на речных водозаборах подготовка питьевой воды перед подачей ее в водопроводную сеть включает очистку от взвешенных веществ и хлорирование.

Согласно действующего ГОСТ территориальные органы имеют право вводить контроль дополнительных показателей, однако реально вода анализируется по минимальному количеству ингредиентов. Организация и совершенствование мониторинга и комплексная оценка качества питьевой воды городских водопроводных сетей при расширении перечня показателей, включая интегральные индикаторы, позволят получить большой информативный материал, сформировать более полное представление о реальном влиянии качества питьевой воды на здоровье населения. [1,2]

Цель. Изучение качества питьевой воды на водозаборе «Петровщина»

Задачи. Получение достоверной и объективной информации при наблюдении (контроле) за качеством питьевой воды коммунальных систем водоснабжения. [2]

Материалы и методы. В работе был проведен ретроспективный анализ качества питьевой воды водозабора «Петровщина» г. Минска по химическим показателям за период 1996-2005 гг. Гигиеническая характеристика качества питьевых подземных вод водозабора «Петровщина» проведена на основании данных лабораторного исследования проб воды, выполненных Минским «Водоканалом» за период 1996-2005 гг. Были исследованы следующие показатели: pH, сухой остаток, общая жесткость. Были вычислены многолетние тенденции по методу наименьших квадратов и по полиномиальной кривой химических показателей питьевой воды. Рассчитаны прогнозируемые значения показателей на 2010 год.

Полученные результаты. Нами была составлена база данных по химическим показателям, характеризующая качество воды на водозаборе «Петровщина» (табл. 1.). За анализируемый период 1996 -2005гг. качество воды на станции II подъема водозабора «Петровщина» за этот же период в среднем составило: по показателю сухого остатка 316.8 ± 3.94 мг/л, общей жесткости - 5.61 ± 0.06 мг-экв/л, нитратов -0.13 ± 0.09 мг/л, хлоридов -9.34 ± 0.45 мг/л и сульфатов -0.28 ± 0.05 мг/л.

Таблица 1

Качество воды водозабора «Петровщина» (станция II подъема) по химическим показателям за период 1996-2005 гг.

Наименование показателя	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Запах при 20°C	н	н	н	н	н	н	н	н	н	н
Запах при 60°C	н	н	н	н	н	н	н	н	н	н
Привкус	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
Цветность, градусы	8,7	9	8,7	10	8	6	5	6,5	7,7	5,5
Мутность, мг/л	1,4	1,4	1,1	1,1	1,3	1,7	0,8	1,35	1,1	1,2
Сухой остаток, мг/л	327	333	329	320	292	323	309	319	307	309
pH, единиц	7,8	7,6	7,8	7,7	7,6	7,95	7,9	7,8	7,9	7,65
Жесткость, мг-экв/л	5,4	5,3	5,6	5,5	5,4	5,9	5,8	5,7	5,6	5,9
Щёлочность	5,6	5,4	5,9	4,9	5,3	5,5	5,5	5,4	5,5	5,3
Перманганатная окисляемость, мгО/л	0,75	0,9	1,3	1,3	1	1,4	0,85	1	0,9	1,4

Был проведен ретроспективный анализ химических показателей, в том числе: pH, сухой остаток, жесткость.

Анализ годовых темпов прироста показал, что за изученный период наблюдались ежегодные колебания с периодами роста и спада.

За исследуемый период при построении линейного тренда наблюдалась тенденция к снижению.

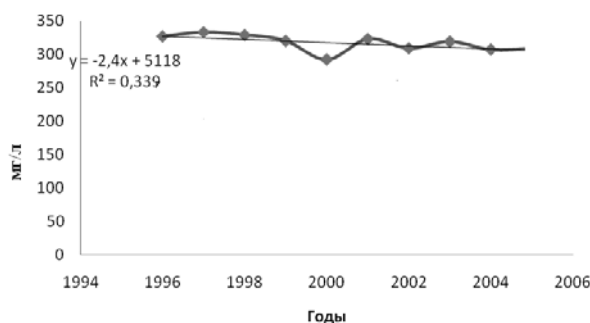


Рис. 1. – Многолетняя динамика показателей сухого остатка

При анализе многолетней динамики показателей жесткости на водозаборе «Петровщина» за исследуемый период при построении линейного тренда наблюдалась тенденция к увеличению, но коэффициенты детерминированности составил 0,535 (рис. 2.).

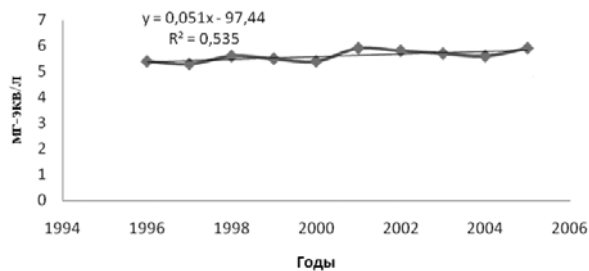


Рис. 2. – Многолетняя динамика показателей жесткости

Построение трендов при анализе многолетней динамики показателей pH не является оправданным из-за постоянных колебаний. На рисунке 3 отражен нестабильный характер динамики данного показателя.

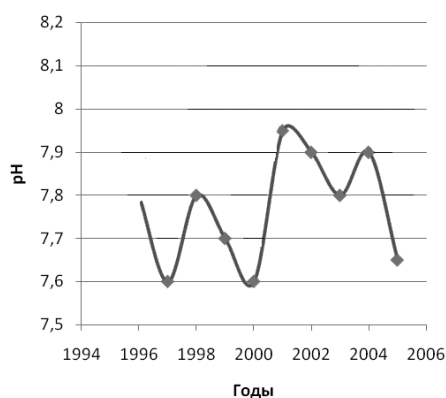


Рис. 3. – Многолетняя динамика показателей pH

Методом математического прогноза определено, что к 2010 году показатели сухого остатка, pH, содержания нитратов, хлоридов, меди в воде водозабора будут находиться ниже порога своих предельно-допустимых концентраций, лишь показатель жесткости и показатель содержания железа будет превышать предельно-допустимую концентрацию.

Таблица 2

Прогнозируемые значения химических показателей воды.

Наименование показателя	Водозабор “Петровщина”	ПДК
Сухой остаток	294	1000
Общая жёсткость	6,1	3,5-5,0
pH	7,9	6,0-9,0

Выводы:

- величина сухого остатка в воде не претерпела особых изменений и колебалась от 180 мг/л до 320 мг/л при норме не более 1000 мг/л;
- отмечено колебание pH проб воды от 7.6 до 8.0 единиц при нормативе 6,0-9,0 pH;
- ретроспективный анализ качества питьевой воды водозабора “Петровщина” за десятилетний период (1996-2005гг.) по основным химическим показателям не выявил выраженных изменений химического состава подземных вод;
- по показателям, характеризующим безвредность химического состава, вода соответствует требованиям, соответствующим ГОСТам “Вода питьевая”;
- показатель жесткости и показатель содержания железа будет превышать предельно-допустимую концентрацию

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Будеев И.А., Рябухин В.Г., Шахова П.П. Особенности заболеваемости сельского населения в связи с химическим составом подземных вод // Эпидемиологические аспекты заболеваний сердечно-сосудистой системы органов дыхания и крови Новосибирской области: Сб. трудов под ред. профессора М.И. Лосевой.- Новосибирск, 1999.- С. 7 - 12.
2. Бондаренко Л.М., Иванов М.С., Коваль Ю.Д., Пичахи И.Д. Источники поступления и масштабы возможного выноса биогенных элементов в водные объекты. // Формирование и контроль качества поверхностных вод. - К.:Б.И.,2000. - №3.- С. 88-95.
3. Варвуолис А.П., Чанкевичене Е.С. Санитарно-гигиеническая оценка колодезного водоснабжения в Пасвальском районе. // Вопросы эпидемиологии и гигиены в Литовской ССР: Сб. научн. тр.-Вильнюс, 1993,- С. 19-23.
4. Вашкулат Н.П., Воробьева Н.М., Воронова Г.Ф. и др. Гигиенические аспекты охраны окружающей среды в связи с утилизацией отходов животноводства в сельском хозяйстве // Гигиена окружающей среды, 2003,- С. 27-28.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКИХ ОТМОРОЖЕНИЙ В ДОРЕАКТИВНОМ ПЕРИОДЕ

Ширякова О. И., Лавренова Н. О.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра общей хирургии*

Научные руководители: д.м.н., проф. Винник Ю. С., к.м.н., доц. Фаттахов В. Л.

В современной физиологии и биологии признана единая теория поражения холодом (теория Hochachka): нарушение клеточной функции при низких температурах у млекопитающих связано с кальциевым и энергетическим обменом [1,4]. В дореактивном периоде развивается спазм сосудов с последующей ишемией, а в раннем реактивном периоде на первое место в патогенезе повреждения охлажденных ишемизированных тканей по мере согревания выходит реперфузионный синдром [2,3].

Выделяют четыре зоны поражений при холодовой травме: тотальный некроз, необратимые и обратимые дегенеративные, восходящие патологические процессы. Отмечается четкая связь начала деструктивных процессов и согревания пораженных холодом структур. Согревание снаружи приводит к восстановлению метаболизма без сопутствующего восстановления кровотока. При этом крайне токсичные продукты метаболизма вызывают некротические изменения, нарушают дальнейшее восстановление микроциркуляции и способствуют необратимости последствий гипоксии тканей. Поэтому очень важно, чтобы согревание происходило как бы изнутри за счет восстановления кровотока, который, как правило, стимулируется медикаментозно [2].

Но, к сожалению, восстановление адекватного кровотока в ишемизированных органах вызывает не только защитный - саногенетический - эффект, но и повреждающий, то есть, улучшая кровообращение в ишемизированных участках, организм отвечает парадоксальным ответом, а именно реперфузионным синдромом.

Для него характерно расширение зоны некроза, "посвежение" и/или распространение очага ишемии с расстройствами внутритканевого кровотока, тромбообразованием, возникающем при ретроградном кровоснабжении поврежденных тканей по венам. В период реперфузии происходит активация перекисного окисления липидов, что приводит к развитию вторичной гипоперфузии тканей [3].

Степень выраженности биохимических и клинических проявлений зависит от степени и длительности гипоксии или ишемии тканей, а также объема участка ткани, подвергшейся ишемии/реперфузии. Исходя из этих патофизиологических предпосылок, можно провести параллели в тактике лечения холодовой травмы. А именно: чем раньше начато восстановление кровотока, тем короче и менее выражен реперфузионный синдром. Соответственно ограничение зоны некроза в результате ранней реперфузионной терапии может предотвращать возникновение этого осложнения [1,2].

Неадекватное снабжение тканей кислородом всегда сопровождается нарушениями функции митохондриальных ферментных комплексов, что приводит к ограничению снабжения клетки кислородом (тканевая гипоксия) и сопряженному нарушению процессов аэробной кумуляции энергии, приводящему к подавлению энергозависимых процессов (биоэнергетическая гипоксия). Необратимые изменения в клетках происходят именно в стадии биоэнергетической гипоксии. Восстановление снабжения ткани кислородом в эту фазу не приводит к восстановлению энергетики и клетки погибают. В этой связи метаболическая коррекция гипоксии представляется перспективной для лечения отморожений. Применение современных комплексных субстратных антигипоксантов наиболее соответствует принципу метаболической коррекции.

Недостатком существующих в настоящее время метаболических антигипоксантов является воздействие на завершающую фазу гипоксии (биоэнергетическую). Специфических антигипоксантов, корректоров доставки кислорода в клетку, в настоящее время не существует. Хотя именно воздействие на первую (тканевую) фазу гипоксии более логично с патогенетической точки зрения. Единственно перспективным на сегодняшний день способом можно считать использование кровезаменителей с газотранспортной функцией. Разрешенным для клинического применения препаратом этой группы является «Перфторан»

Цель исследования – улучшить результаты лечения глубоких отморожений нижних конечностей на основе применения ранней реперфузионной терапии в реактивный период.

Материалы и методы исследования. С 2007 по 2008 гг. в ХО-2 МУЗ ГКБ №7 г. Красноярск мы наблюдали 76 больных с различной тяжестью холодовой травмы, из них в состоянии алкогольного и наркотического опьянения холодовую травму получили 92%. Возраст пострадавших – от 16 до 68 лет. Больные поступали в сроки от 1-го по 18-й день после травмы. Поверхностные формы отморожения (I-II степени) были у 18 больных, глубокие (III-IV степени) соответственно – у 58. В дореактивном периоде травмы поступило 52,1%, в реактивном - 47,9% пораженных. Всем больным при поступлении в дореактивном периоде измеряли ректальную температуру. При признаках общего переохлаждения больных помещали в реанимационное отделение, не проводя отогревание в ванной. Больным без общего переохлаждения, поступившим в дореактивном периоде, накладывали термоизолирующие повязки и помещали в отделение. Через 2 часа после начала отогревания проводили клиническую оценку объема, степени поражения. Критерии представлены в таблице 1.

Таблица 1

Клинические критерии отморожений

Параметры	Охлаждение	Окоченение	Оледенение
Консистенция тканей	Не нарушена	Ткани плотные, малоподвижные	Твердая, деревянистой плотности
Цвет	Красный или бледный, быстро переходящий в застойно-красный	Мраморный, постепенно переходящий в багровый или синюшный	Бледный
Чувствительность	Сохранена или снижена	Существенное снижение чувствительности	Отсутствует

Активные движения в суставах	В полном объеме	Ограничено	Отсутствует
При прокалывании	Выделяется кровь	Выделяется медленно через некоторое время	Кожа не прокалывается иглой

Основой ранней диагностики поверхностных и глубоких форм поражения служил метод ЛДФ. При этом учитывали не исходное значение тканевой перфузии, а результаты проведения постишемической пробы путем наложения манжеты до прекращения магистрального артериального кровотока в течение 3 минут. Использовали показатель постишемического прироста микрокровоотока, выраженный в процентах от исходного. В предлагаемом далее фрагменте исследования будут представлены больные с холодовой травмой нижних конечностей, поступившие в дореактивный период.

Больным с поверхностными формами поражения стоп проводили стандартное лечение, включающее смесь Сальникова, пентоксифиллин, аспирин, антибиотики, папаверин, хлорид кальция. Больные с глубокими поражениями стоп были разделены на 3 клинические группы. 1 группа (18 пациентов) получала традиционный комплекс консервативного лечения с первых часов после поступления. 2 группа (20 человек) дополнительно получала внутриапериартеральные инфузии новокаина, гепарина, пентоксифиллина, дексаметазона в бедренные артерии через 2 часа после начала отогревания, затем ежедневно 1 раз в сутки в течение 4-6 суток. Больные 3 группы (20 человек) в дополнение к стандартной терапии получали внутриапериартеральные инфузии перфторана (50 мл), цитофлавина (10 мл) через 2 часа после начала отогревания, затем ежедневно 1 раз в сутки в течение 4-6 суток. Цитофлавин - сбалансированный комплекс из двух метаболитов (янтарная кислота, рибоксин) и двух коферментов витаминов – рибофлавина-моноклеотида и никотинамида. Лечебное действие препарата обусловлено сочетанным действием содержащихся в нем ингредиентов.

У всех больных использовали выжидательную хирургическую тактику, заключающуюся в том, что некрэктомию производили лишь после полного отграничения зоны некроза и формирования демаркационной линии и завершали в большинстве наблюдений одномоментным формированием культи при ампутациях и вычленениях. Оценка результатов лечения проводили по критериям, представленным в таблице 2.

Таблица 2

Критерии оценки результатов лечения

Хорошие:	поверхностные некрозы мягких тканей, ампутации в пределах фаланг или пальцев, без нагноения.
Удовлетворительные:	ампутации, вычленения пальцев с нагноением. Ампутации стопы с сохранением опорной функции с нагноением или без, не потребовавшие реампутации
Неудовлетворительные:	Ампутации стопы с сохранением опорной функции с нагноением, потребовавшие реампутации. Первичные ампутации на уровне голени

Результаты исследования. Исследования в 1 группе показали, что некротические изменения в тканях при глубоких отморожениях четко определялись уже на 3-5-е сутки. При этом во всех наблюдениях отмечался диффузный отек тканей в области поражения, распространяющийся также на соседние жизнеспособные ткани. Демаркационная линия в эти сроки не наблюдалась. В последующие дни при относительно благоприятном течении заболевания (без клинически выраженного присоединения инфекции) продолжалось формирование некротического струпа и демаркационной линии, обычно хорошо определяемой к 16-21-м суткам. Однако в большинстве наблюдений, несмотря на формирование некротического струпа преимущественно по сухому типу, сохранялись умеренно выраженный отек тканей и воспалительные изменения проксимальнее зоны демаркации. Анализ клинического материала показал, что при выжидательной тактике только у 18% больных произошла демаркация и мумификация некротизированных тканей без развития осложнений. У остальных 82% пациентов обнаруживалось присоединение инфекции с перифокальным воспалением. Это обстоятельство заставляло проводить интенсивную антибиотикотерапию и отдалало сроки выполнения радикальной операции. У 80% пациентов этой группы выполнены ампутации и вычленения стоп. У 20% пациентов выполнены ампутации на уровне голени, вследствие развития влажной гангрены. В процессе формирования культи стоп на заключительном этапе лечения мы столкнулись с довольно высоким числом (78,4%) послеоперационных осложнений в виде нагноения раны (полного или частичного) и краевых некрозов кожных лоскутов.

Результаты лечения во 2 группе были следующими. 82% пациентам этой группы потребовались ампутации на уровне стопы. Процент нагноений составил 21,7%, высоких ампутаций произведено не было. В 3 клинической группе результаты были лучшими. 50% больных были выполнены ампутации стоп на уровне плюсне-фаланговых суставов. У 40% пациентов были выполнены операции в виде ампутаций фаланг пальцев. При этом нагноение произошло у 10% пациентов. (Таблица 3).

Таблица 3

Окончательные результаты лечения

Результаты лечения	1 группа		2 группа		3 группа	
	N	%	n	%	n	%
Хороший	-	-	4	20	8	40
Удовлетворительный	7	38,8	12	60	10	50
Неудовлетворительный	9	62,2	4	20	2	10

Мы связываем положительные результаты примененной схемы лечения больных с глубокими отморожениями в дореактивном периоде, с воздействием на ключевые точки патогенеза этого повреждения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Иванов К.П., Арокина Н.К., Волкова М.Ф. и др. Блокада механизмов холодового паралича физиологических функций // Российский физиологический журнал им. И.М.Сеченова. – 2000. - №6 – С.692-701
2. Садыбадыев В.М. Отморожение конечностей на европейском севере России (диагностика, лечение) // Дис.докт.мед.наук. Архангельск: Архангел. Гос. Мед. акад. 2000. – 30 с.
3. Старков Ю.Л., Соколов Г.Е., Король Л.Н. и ф. Современные представления о патогенезе некрозообразования при отморожениях и путях его предотвращения. "Новые технологии в хирургии". Новосибирск 1999; 151—154.
4. Emergency plastic surgery. Ed. R.J.Greco. Boston, Toronto, London: Little, Brown and Company 1991; 518.

УДК 616.2/21-06-053.31

АНАЛИЗ ПОСЛЕДСТВИЙ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА НОВОРОЖДЕННЫХ

Шитикова Ю. С., Торгашина М. В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра детских болезней с курсом ПО*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Нейман Е. Г.

Актуальность. Респираторный дистресс-синдром – занимает существенное место в структуре перинатальной заболеваемости, является фактором риска развития инфекционно-воспалительных заболеваний, прежде всего пневмонии. На современном этапе развития науки и медицины был сделан огромный прорыв в выхаживании детей с синдромом дыхательных расстройств. Чаще всего РДС встречается у детей, родившихся ранее 30 недели гестации с очень низкой или экстремально низкой массой тела. РДС и его последствия становятся в 30 % случаев причиной смерти в неонатальном периоде. Развитие респираторных расстройств у новорожденных зависит от состояния здоровья матери, течения беременности и родов.

Целью нашего исследования было определить влияние этиологии РДС на исход заболевания у новорожденных.

Задачи исследования:

1. Изучить влияние социального статуса, вредных факторов, заболеваемости матери на исход РДС новорожденных.
2. Проанализировать течение беременности у матерей новорожденных с РДС.
3. Выявить влияние метода родоразрешения и течения родов на исход РДС у новорожденных.
4. Оценить влияние асфиксии на развитие РДС.
5. Определить эффективность интенсивной терапии у новорожденных с РДС.
6. Доказать влияние этиологии РДС на исход.

Материалы и методы. В течение 2008-2009 годов в родильных домах № 2, № 4 и ГКБ № 20 г. Красноярска под нашим наблюдением находились 42 новорожденных с респираторным дистресс-синдромом. Всем пациентам было проведено динамическое клиническое наблюдение, аппаратный и лабораторный мониторинг, проанализированы истории родов и развития новорожденных, карты первичной реанимационной помощи, листы интенсивного наблюдения, протоколы патолого-анатомического вскрытия умерших младенцев. Обследованные новорожденные разделены на 2 группы. В первую группу вошли 16 недоношенных с гестационным возрастом менее 34 недель с первичным респираторным дистресс-синдромом (1 тип). Во вторую включены 26 новорожденных с респираторным дистресс-синдромом по взрослому типу (вторичным). Клиническая оценка новорожденных с респираторным дистресс-синдромом проводилась с помощью стандартизированных шкал (Апгар, Даунса).

Результаты исследования. При анализе неблагоприятных факторов, влияющих на развитие плода, у новорожденных, перенесших РДС в неонатальном периоде, выявлено, что большинство женщин были не замужем, третья часть имела вредные привычки и дефекты наблюдения в женской консультации.

В первой группе неэффективно наблюдались во время беременности 25±10,8 % матерей, матери 2-й группы несвоевременно встали на учет по беременности в 19,2±7,7%. При сравнении социального статуса в двух группах матерей выявлено, что не состоит в браке больше матерей 1-й группы, вредные привычки чаще имели матери 2-й группы, но достоверно выявлено лишь то, что менее эффективно наблюдались в женской консультации матери 1-й группы.

Анализируя структуру заболеваемости матерей в исследуемых группах было выявлено, что матери новорожденных с РДС одинаково часто имели соматическую (62,5±12,1% и 53,85±9,8% в 1-й и 2-й группах соответственно) и гинекологическую патологию (56,25±12,4% в 1-й группе, 54±9,8% - во 2-й), а хронические инфекции достоверно чаще встречались во второй группе. Акушерский анамнез матерей первой группы отягощен перинатальными потерями в 2, а выкидышами в 3 раза чаще, чем у матерей первой группы. Практически у всех обследованных женщин беременность протекала с угрозой прерывания, фето-плацентарной недостаточностью, гестозом, острыми инфекционными заболеваниями, анемией. Чаще угроза прерывания беременности, инфекционная патология во время беременности и фето-плацентарная недостаточность диагностированы в 1-й группе сравнения, но достоверных различий не выявлено.

Таблица 1

Оценка родоразрешения в новорожденных с разными типами РДС

Родоразрешение	I группа n=16 (100%)	II группа n=26 (100%)
Кесарево сечение	81.25±9.8*	34.6±9.3
Самопроизвольные быстрые и затяжные.	6.25±6.1	53,8±9.8*

* p<0,05 достоверность различий в группах сравнения (Критерий Манна-Уитни)

У подавляющего большинства женщин роды имели осложнения (62%) – слабость родовой деятельности, патология положения плода, преждевременная отслойка плаценты, проводились экстренные акушерские пособия и операции.

Оперативное родоразрешение использовали чаще в группе детей с РДС I типа, это связано с жизненными показаниями для прерывания беременности у матерей 1-й группы и объясняет более тяжелое течение РДС в связи с дефицитом сурфактанта в легких недоношенных. Нарушение продолжительности родов отмечено достоверно чаще во 2-й группе (табл. 1).

Гестационный возраст у новорожденных 1-й группы достоверно меньше и составляет $30,125 \pm 0,48$ нед., а у новорожденных 2-й группы – $38,65 \pm 0,29$ нед.

Асфиксия при рождении у детей с РДС встречалась в $59,5 \pm 7,6\%$, умеренную асфиксию перенесли $35,7 \pm 7,4\%$ детей, тяжелую $23,8 \pm 6,6\%$.

Таблица 2

Сравнительный анализ частоты и тяжести асфиксии в клинических группах с РДС

Клиническая группа	Асфиксия		
	Всего в асфиксии	умеренная	тяжелая
I группа n=16 (100%)	$56,2 \pm 12,4$	$77,77 \pm 13,9$	$22,22 \pm 10,4^*$
II группа n=26 (100%)	$61,6 \pm 9,5$	$50 \pm 9,8$	$50 \pm 9,8$

* $p < 0,05$ достоверность различий в группах сравнения (Критерий Манна-Уитни)

Более половины новорожденных обеих групп родились в состоянии асфиксии, у новорожденных с РДС вторичным в половине случаев она имела тяжелое течение, а в 1-й группе достоверно чаще встречалась умеренная асфиксия (табл. 2). Неблагоприятное течение беременности, фето-плацентарная недостаточность и внутриутробная гипоксия у трети обследованных новорожденных вызвали развитие задержки внутриутробного развития.

Таблица 3

Характеристика клинических групп по вариантам ЗВУР

Клиническая группа	ЗВУР		
	Гипотрофический	гипопластический	диспластический
I группа n=16 (100%)		$12,6 \pm 8,3$	$6,3 \pm 6,1$
II группа n=26 (100%)	$3,8 \pm 3,7$	$23 \pm 8,3^*$	$3,8 \pm 3,7$

* $p < 0,05$ достоверность различий в группах сравнения (Критерий Манна-Уитни)

Гипопластический вариант задержки внутриутробного развития достоверно чаще имели новорожденные 2-й группы, что свидетельствует о более длительной гипоксии у данной категории больных (табл. 3).

Все новорожденные с первых минут жизни получали интенсивную терапию, в том числе оксигенотерапию в кислородной палатке, СДППД или ИВЛ. Интубация трахеи на 1-й минуте и АИВЛ с рождения в 1-й группе новорожденных проводилась 9-ти детям ($56,25\%$), а во второй группе 23-м ($88,5\%$) новорожденным. Всего на АИВЛ находились 14 ($87,5\%$) детей 1-й группы, назальный СРАР проведен 2-м детям ($12,5\%$), во 2-й группе АИВЛ получили 23 ($88,5\%$) ребенка, 3 ($11,5\%$) новорожденных с легким РДС находились в кислородной палатке и на режиме СДППД.

Лечение экзогенным сурфактантом получили в 1-ые сутки 6 детей из 1-ой группы, новорожденные с вторичным РДС лечение курсурфом не получали. Летальность среди новорожденных, получивших курсурф составила 50% . Из 6 детей, лечившихся курсурфом $33,3\%$ умерло в раннем неонатальном периоде, а $16,6\%$ в позднем неонатальном, остальные 50% переведены в отделение интенсивной терапии с церебральной ишемией 2 ст. (2 ребенка), и 3 ст. (1 ребенок).

Таблица 4

Продолжительность ИВЛ у выживших новорожденных с первичным РДС (1 группа)

группа	средняя продолжительность АИВЛ (дн.)
Новорожденные 1-й группы, получившие курсурф (n=3)	$6,6 \pm 0,4^*$
Не получавшие курсурф (n=10)	$8,2 \pm 0,3$

* $p < 0,05$ достоверность различий в группах сравнения (Критерий Манна-Уитни)

Новорожденные получавшие курсурф находились на АИВЛ достоверно меньше, чем недоношенные, не лечившиеся курсурфом (Табл. 4).

Таблица 5

Продолжительность ИВЛ и летальность у новорожденных с РДС

Сравниваемые группы	ИВЛ	Летальность (%)
Новорожденные 1-й группы	$8,13 \pm 0,6$	$37,5 \pm 12,1$
Новорожденные 2-й группы	$5,6 \pm 0,4^*$	$16,6 \pm 7,3$

* $p < 0,05$ достоверность различий в группах сравнения (Критерий Манна-Уитни)

Сравнивая продолжительность пребывания на ИВЛ в 2-х группах, выявлено достоверно более долгое нахождение на АИВЛ недоношенных 1-й группы, летальность этих новорожденных более, чем в 2 раза выше, чем во 2-й группе, но достоверных отличий по Критерию Манна-Уитни нет (табл. 5).

Летальность новорожденных, получавших противошоковую терапию, высокая в обеих группах (табл. 6).

Таблица 6

Сравнительный анализ летальности новорожденных, получавших инотропную поддержку

Характеристика клинических групп	I группа n=16 (100%)	II группа n=26 (100%)
Летальность новорожденных, получавших дофамин	$66,7 \pm 19,2$	$40 \pm 21,9$

* $p < 0,05$ достоверность различий в группах сравнения (Критерий Манна-Уитни)

Выводы:

1. Неэффективное наблюдение в женской консультации - фактор высокого риска развития осложнений беременности и преждевременных родов незрелым плодом с дефицитом сурфактанта и риском развития первичного РДС.
2. Перинатальные потери в анамнезе увеличивают риск развития первичного РДС при преждевременных родах.
3. Увеличение количества оперативных родов способствует развитию первичного РДС и усугубляет его тяжесть.
4. При наличии асфиксии и гиповолемического шока можно говорить об ухудшении прогноза для жизни новорожденного.
5. Терапия экзогенным сурфактантом не снижает летальность, но уменьшает время пребывания на АИВЛ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Володин Н.Н. Неонатология: национальное руководство. - Москва, 2007. - С. 246-341, С. 673-688
2. Володин Н.Н. Принципы ведения новорожденных с респираторным дистресс-синдромом, - Москва, 2008. - С. 3-31
3. Грицан А.И., Колесниченко А.П. Диагностика и интенсивная терапия острого респираторного дистресс-синдрома у взрослых и детей. - Красноярск, 2002. - С. 5-160
4. Грицан А.И. Острый респираторный дистресс-синдром: проблемы диагностики и интенсивной терапии: на соискание ученой степени доктора медицинских наук анестезиологии и реаниматологии. - Новосибирск, 2003. - С. 3-40
5. Шабалов Н.П., Любименко В.А., Пальник А.Б. и др. Асфиксия новорожденных. - Москва, - 2003. - С. 5-363.

УДК 616.127-005.8-06-047.99:792.435

СРАВНЕНИЕ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST (ПО МАТЕРИАЛАМ КРАСНОЯРСКОГО ГОРОДСКОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА 2005–2008 ГГ.)

Шнейдерман Е. В., Павлюкова И. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра внутренних болезней № 1, кардиологии и функциональной диагностики ИПО*

Научные руководители: д.м.н., проф. Матюшин Г. В., к.м.н., доц. Головенкин С. Е.

В октябре 2006 года были опубликованы Российские рекомендации «Лечение острого коронарного синдрома без стойких подъемов сегмента ST на ЭКГ» в которых четко сформулированы основные принципы диагностики и лечения пациентов с данной патологией. Каким образом повлиял этот документ на диагностику, лечение и исходы острого коронарного синдрома в практическом здравоохранении? Для ответа на этот вопрос мы поставили перед собой цель - сравнить терапию и исходы заболевания больных острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСБПST), проходивших лечение в городском кардиологическом центре г.Красноярска в 2005 и 2008 годах.

Материал и методы. В год в отделение реанимации и интенсивной терапии кардиоцентра поступает от 200 до 300 пациентов ОКСБПST. В наше исследование были включены 100 последовательно поступивших больных ОКСБПST в 2005 году и 100 последовательно поступивших больных ОКСБПST в 2008г. Достоверных различий по возрасту в 2005 и 2008гг. не было. Средний возраст пациентов составил $64,4 \pm 11,8$ и $63,7 \pm 10,9$ соответственно. Не было также достоверных различий в 2005 и 2008гг. по наличию в анамнезе артериальной гипертензии (79% и 77% соответственно), сердечной недостаточности (21% и 20%), инфарктов миокарда (39% и 42%), сахарного диабета (12% и 14%).

Результаты. При анализе лечения пациентов в 2008г. в сравнении с 2005г. наблюдалась одинаковая частота назначения аспирина 83% и 85%, инъекционных бета-блокаторов 3% и 5%, таблетированных нитратов 94% и 97%, инъекционных нитратов 9% и 13%, ингибиторов АПФ 67% и 72%, проведения ангиопластики 11% и 16%. В тоже время, достоверно увеличилась частота назначения таблетированных бета-блокаторов с 62% до 93%, ($p < 0,05$), клопидогреля с 3% до 15% ($p < 0,01$), низкомолекулярных гепаринов с 16% до 78% ($p < 0,01$), статинов (с 6% до 19% ($p < 0,01$)). При анализе госпитального периода были получены следующие результаты. В 2008г., в сравнении с 2005г. имела тенденция к снижению частоты летальных исходов с 4% до 2%, уменьшилась частота (ре)инфарктов с 17 % 6% , снизилась частота возобновления стенокардии в стационаре с 28% до 13%.

Выводы. За счет увеличения частоты назначения бета-блокаторов, низкомолекулярных гепаринов, антиагрегантов, статинов пациентам острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST в 2008 году, в сравнении с 2005 годом, удалось снизить частоту возникновения (ре)инфарктов и частоту возобновления стенокардии в стационаре. В тоже время, по прежнему необоснованно редко используются инъекционные бета-блокаторы, «жидкие» нитраты, редко проводятся чрескожные коронарные вмешательства.

УДК 616.314-008.8:615.837.3

К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ ПЬЕЗОЭЛЕКТРИЧЕСКОГО И МАГНИТОСТРИКЦИОННОГО УЛЬТРАЗВУКА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА

Шумейко К. Н., Ваневская Е. А., Светлакова Е. Н.

*Уральская государственная медицинская академия
Кафедра пропедевтики и физиотерапии стоматологических заболеваний*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Мандра Ю. В.

Актуальность. В стоматологической практике для удаления над- и поддесневых зубных отложений широко используются ультразвуковые аппараты и пьнесомескелеры. Обызвестленный камень легко удаляется с помощью вибрации звуковой и ультразвуковой частоты (в акустическом диапазоне выше 20 кГц), вызывающей попеременное сжатие и растяжение вещества. При этом необходимо соблюдать следующие условия: не устанавливать острие инструмента перпендикулярно оси зуба, не оказывать давления инструментом на поверхность, не использовать аппарат без водяного охлаждения. Рабочая часть всех инструментов должна располагаться под острым углом к поверхности зуба, иначе возможно повреждение эмали [1].

Ультразвуковые аппараты начали применять в 50-е годы XX века, с тех пор накоплен положительный опыт работы. С целью удаления зубных отложений применяют магнитострикционные (Cavitron jet, TurboSensor) и пьезоэлектрические (Piezonmaster, Satelec Supprasson P-Max, TurboPiezo) системы генерации ультразвука. Магнитострикционная насадка содержит стопку металлических пластин, располагающуюся в наконечнике, содержащем катушку индуктивности. Электрический ток намагничивает катушку и резонирует металлические пластины, что приводит к удлинению и укорочению стопки, результатом чего являются эллиптические колебания насадки и быстрая вибрация. В пьезоэлектрическом элементе переменный электрический ток подается на кристалл кварца, расположенный в наконечнике; изменения размера вызывают вибрацию и линейные колебания насадки [2,3].

Звуковая волна, генерируемая аппаратом, проходя через наконечник и воду, передается на зубной камень и разрушает его. Аппарат работает только в водной среде, так как появляется эффект кавитации – разрыв межмолекулярных сил сцепления, образование микропестей на границе раздела сред. Колебания эллипсоидного типа распространяются в продольном направлении с амплитудой 6-100 мкм. Водный поток также охлаждает ткани насадки и зуба, обеспечивает очищение рабочего поля. При правильном использовании ультразвука и подборе параметров больные не ощущают боли. Необходимо помнить о противопоказаниях к применению ультразвукового способа удаления зубных отложений: имплантированный кардиостимулятор, злокачественные новообразования, нарушение носового дыхания, острые инфекционные заболевания, эпилепсия, тяжелый сахарный диабет, при проведении у пациентов иммунодепрессивной и кортикостероидной терапии, после хирургического лечения сетчатки глаза [3,4,5].

В доступной литературе мы не обнаружили сравнительной характеристики пьезоэлектрических и магнитострикционных ультразвуковых аппаратов для удаления зубных отложений.

Цель исследования - оценка эффективности профессиональной гигиены полости рта с применением пьезоэлектрического и магнитострикционного ультразвука у больных с хроническим генерализованным пародонтитом легкой и средней степени тяжести.

Материалы и методы. В многопрофильной стоматологической поликлинике УГМА проведено обследование и комплексное лечение 30 больных с хроническим генерализованным пародонтитом легкой (15 человек) и средней (15 человек) степени тяжести в возрасте 30-45 лет, соматически сохранных, обоего пола, предъявлявшим жалобы на наличие твердых зубных отложений. У 45% больных отмечалась повышенная чувствительность обнаженного дентина зубов к температурным и химическим раздражителям.

Обследование включало:

8. основные клинические методы (расспрос, осмотр),
9. зондирование (определение тактильной чувствительности ватным шариком и зондом),
10. определение гигиенических и пародонтальных индексов (ОHI-S, РМА, ПИ),
11. электроодонтометрию зубов на аппарате Digitest,
12. термопробу (водной и воздушной струей),
13. ортопантомографию,
14. компьютерную диагностику Florida Probe по показаниям.

Пациентам также была предложена разработанная нами анкета, в которой давалась субъективная оценка ощущений во время и после профессиональной гигиены полости рта с применением ультразвука. В анкете нашли отражение вопросы о индивидуальных гигиенических мероприятиях, осуществляемых пациентом, вредных привычках, визуально-аналоговой шкале оценки интенсивности неприятных ощущений во время и после проведения процедуры удаления зубных отложений ультразвуком.

До начала исследования со всеми пациентами проводили занятия обучения индивидуальной гигиене полости рта с подбором средств.

Методом случайной выборки больные были разделены на 2 группы. В первой группе проводили профессиональную гигиену полости рта с помощью пьезоэлектрического ультразвука (Пьезонмастер), во второй группе – магнитострикционного (Кавитрон). После процедуры производили флюоризацию лаком Fluocare solute. Контрольный осмотр осуществляли через неделю, 1, 3 месяца.

Результаты исследования.

При обращении пациенты предъявляли жалобы на кровоточивость десен (94%), наличие твердых зубных отложений (78%), повышенную чувствительность различных групп зубов (чаще фронтального отдела нижней и верхней челюсти) к температурным, химическим, механическим раздражителям (62%). Объективное исследование подтвердило данные расспроса больных. Статистически значимых отличий по объективным данным, индексной оценке, дополнительному обследованию при первичном осмотре в первой и второй группе не выявлено (таблица 1).

Следующие осмотры проводились после профессиональной гигиены полости рта (ПГПР), через 1 неделю после первичного обращения. У пациентов обеих групп после проведения профессиональной гигиены и обучения навыкам индивидуальной гигиены улучшилось гигиеническое состояние полости рта, достоверно уменьшились показатели индексной оценки. Во второй группе также отмечалось достоверное уменьшение чувствительности пульпы на аппарате Digitest (таблица 1). Значения показателей электроодонтометрии отличались, в среднем, на $12,6 \pm 0,8$ усл. единиц измерения. Анализируя данные проведенного анкетирования, у больных обеих групп после профессиональной гигиены полости рта возросла чувствительность зубов к раздражителям, однако у первой группы отмечены более интенсивные ощущения по визуально-аналоговой шкале, что коррелирует с показателями электроодонтометрии (таблица 1).

Далее прием пациентов был проведен через 1, 3 месяца. Показатели индексной оценки снизились в обеих группах, что свидетельствует об улучшении состояния пародонта. Чувствительность зубов также уменьшилась в обеих группах, и в сроки 1 и 3 месяца наблюдались недостоверные отличия показателей электроодонтометрии. Результаты анкетирования подтверждаются данными электроодонтометрии, которая свидетельствует о снижении чувствительности зубов в обеих группах (таблица 1).

Показатели индексной оценки и электроодонтометрии в контрольной и исследуемой группах

	Первая группа				Вторая группа				p
	OHI-S	PMA	PBI	Digitest	OHI-S	PMA	PBI	Digitest	
До ПГПР	2,34± 0,37	41,85±4,92	1,42± 0,18	28,5± 2,6	2,42± 0,64	38,53± 1,75	1,41± 0,04	27,9± 1,58	p>0,05
После ПГПР	0	-	-	14,9± 0,5	0	-	-	25,7± 1,2	Digitest - p<0,05
1 нед.	0,88± 0,21	18,56± 1,34	0,81± 0,09	18,3± 2,2	0,91± 0,22	17,64± 0,31	0,82± 0,02	29,4± 0,54	OHI-S, PMA, PBI – p>0,05 Digitest - p<0,05
1 месяц	0,94± 0,22	14,96± 1,11	0,76± 0,09	29,3± 1,8	0,89± 0,15	16,25± 0,14	0,72± 0,01	31,1± 0,95	OHI-S, PMA, PBI Digitest – p>0,05
3 месяца	0,76± 0,15	12,02± 0,98	0,64± 0,08	29,6± 1,7	0,77± 0,13	11,12± 0,27	0,66± 0,01	30,2± 0,36	OHI-S, PMA, PBI Digitest – p>0,05

Результаты нашего исследования позволили сделать следующие выводы.

Выводы:

3. при применении магнитострикционного ультразвука (Кавитрон) при профессиональной гигиене полости рта повышенная чувствительность шеек зубов у больных хроническим генерализованным пародонтитом легкой и средней степени тяжести проявляется в меньшей степени, чем при использовании пьезоэлектрического прибора (Пьезонмастер), что подтверждается данными анкетирования и тестирования чувствительности пульпы;

4. на протяжении недели после проведения профессиональной гигиены полости рта наблюдается достоверное отличие показателей чувствительности пульпы в первой и второй группах больных;

5. при наличии у пациента с хроническим генерализованным пародонтитом легкой и средней степени тяжести гиперестезии шеек зубов целесообразно для профессиональной гигиены полости рта использовать магнитострикционные ультразвуковые приборы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Курякина Н.В. Стоматология профилактическая. Руководство [Текст]/ Н.В. Курякина, Н.А. Савельева. - Издательство НГМА, Нижний Новгород, 2005. - 284 с.
2. Лукиных Л.М. Болезни пародонта. Клиника, диагностика, лечение и профилактика. Руководство [Текст]/ Л.М.Лукиных, Е.Н. Жулев, И.Н.Чупрунова. - Издательство НГМА, Нижний Новгород, 2005. - 322 с.
3. Муравьяникова Ж.Г. Основы стоматологической физиотерапии [Текст]/ Ж.Г.Муравьяникова. - Ростов-на-Дону, Феникс, 2003. - 320 с.
4. Орехова Л.Ю. Основы профессиональной гигиены полости рта: методические указания [Текст]/ Л.Ю.Орехова, Е.Д.Кучумова, Я.В.Стюф и др. - С-Петербург: Поли Медиа Пресс, 2004. - 56с.
5. Улитовский С.Б. Гигиена полости рта в пародонтологии [Текст]/ С.Б. Улитовский. - М., Медкнига, 2006. - 268 с.

УДК 611.36:616.14-616-056.4

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНГИОАРХИТЕКТониКИ ПЕЧЕНИ

Шурко С. К., Медведев Ф. В., Русских А. Н.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Научные руководители: д.м.н., проф. Винник Ю. С., проф., д.м.н. Петрушко С. И., проф., д.м.н. Горбунов Н. С.

С целью наиболее полного изучения проблемы заболеваний печени, решено исследовать ангиоархитектонику печени в зависимости от типа конституции и лапарометрической характеристики человека.

Цель исследования: провести морфометрическое исследования печеночных вен и портальной вены у людей с различным типом телосложения.

Материал и методы исследования: Материалом для исследования послужили трупы обеих полов 30-ти умерших от случайных причин, разных возрастных групп. Работа на трупном материале производилась на кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии Красноярского государственного медицинского университета им.проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого. Определение типа конституции осуществлялась по методике Бунака в модификации В.М. Черноруцкого. Первоначально вычислялся индекс Пенье, для определения которого использовались окружность грудной клетки, масса тела и длина тела. Весь экспериментальный материал был разделен на 3 группы по типам телосложения В.М. Черноруцкого: астенический тип n = 8, нормостенический тип n = 12, гиперстенический тип n = 10. Данная антропометрического исследования фиксировались в протоколе «антропометрическое исследования», разработанном на кафедре Общей хирургии. После определения типа конституции проводилось изъятия печени из подреберного билатерального доступа. Морфометрически исследовались диаметр, длина печеночных вен, а так же диаметр и длина портальной вены вне печени и в паренхиме печени.

Результаты: длина печеночных вен колебались от 5,4см до 7,8см. длина портальной вены в паренхиме печени колебалась от 2,3см. до 3,6 см. вне печени от 5,9см. до 7,1см. и зависела от типа телосложения. Диаметр печеночных вен колебался от 0,3см. до 1,4см. и также зависел от типа телосложения. Наиболее короткие печеночные вены и портальная вена наблюдались у лиц гиперстенического типа: печеночные вены 5,4 см., портальная вена 7,2 см. вне печени 5,9см., в паренхиме

2,3см. Диаметр печеночных вен составил 1,4см., портальной вены 1,8 см. У лиц нормостенического типа телосложения наблюдалось более длинные печеночные вены и портальная вена: длина печеночных вен 6,7см., портальной вены 9,2см. вне печени 6,4см. в паренхиме 2,8 см. Диаметр печеночных вен составил 0,9 см., портальной вены 1,4см. У лиц астенического типа телосложения длина печеночных вен – 7,8см., портальной вены 10,7 см. вне печени 7,1см., в паренхиме 3,6 см., диаметр печеночных вен 0,3 см., портальной вены- 1,0 см.

Выводы: для лиц астенического и нормостенического типов телосложения характерно большая длина и меньшей диаметр печеночных вен и портальной вены вне и внутри печени. Для лиц же гиперстенического типа телосложения по В.М. Черноуцкому характерны короткие печеночные вены и портальная вена с большим их диаметром.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Патютко Ю.И. и др. Современные подходы к хирургическому лечению опухолей печени // Вопр. онкологии. 1998. Т.44. № 5. С. 80-83.
2. Петровский Б.В., Брегадзе И.Л. Хирургическая гепатология. М.: Медицина, 1972..
3. Склифосовский Н.В. Исечение опухолей печени // Врач. 1890. № 27. С. 594-595.
4. Дыхно А.М. К вопросу об обширных резекциях печени // Вестник хирургии. 1955. № 4. С. 117-119.
5. Шапкин В.С. Резекция печени. М., 1967.
6. Гальперин Э.И. и др. Пальцевое чреспеченочное выделение сосудисто-секреторных ножек долей и сегментов при анатомических резекциях печени // Хирургия. 1986. № 7. С. 3-9.
7. Вишневецкий В.А., Кубышкин В.А., Чжао А.В., Шрамов Р.З. Операции на печени: Руководство для хирургов. М.: Мик-лош, 2003.
8. Дедерер Ю.М., Крылова Н.П. Атлас операций на печени. М.: Медицина, 1975.
9. Бунятян А.Г. Эффективность применения раневого покрытия "Тахокомб" при резекциях печени: Дис. ... канд. мед. наук. М., 2002.
10. Kdckerling F., Schwartz S.I. Liver surgery. Operative techniques and avoidance of complications. J.A. Barth. Heidelberg, 2001.
11. Tarazov P.G. Hepatic arterial anatomy: Two new variants // J. Cardiovasc. Surg. 1999. V. 40. № 2. P. 285-287.
12. Soin A.S., Friend P. J., Rasmussen A., et al. Donor arterial variations in liver transplantation: Management and outcome of 527 consecutive grafts // Br. J. Surg. 1996. V. 83. № 5. P. 637-641.
13. Michels N.A. Newer anatomy of the liver and its variant blood supply and collateral circulation // Amer. J. Surg. 1966. V. 112. №9. P. 337-347.
14. Merlon R.M., Burtch G.D., Ham J.M., Turcott J.G., Campbell D.A. The hepatic artery in liver transplantation // Trans-plantation. 1989. V. 48. № 3. P. 438-443.

УДК 616.321/33-07:616-089.878

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Шурко К. С., Крекотин Л. В., Низовцева А. А., Семенова О. В.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра хирургических болезней № 1

Научные руководители: д.м.н., проф. Белобородов В. А., к.м.н. Белобородов А. А.

Несмотря на большое количество публикаций, посвященных инородным телам верхних отделов пищеварительного тракта, проблема лечения данной категории пациентов остается актуальной и в наше время. Это связано с высокой частотой диагностических и лечебных ошибок при этой группы больных [2, 3].

Так, по данным М.М. Абакумова и А.Н. Погодиной (1992) [1], летальность при перфорации пищевода инородным телом составляет 4,1% от общего числа наблюдений. Современный уровень развития эндоскопической техники позволяет во многом облегчить и улучшить качество и результаты лечения при инородных телах верхних отделов пищеварительного тракта. Однако несоблюдение определенных правил, при эндоскопическом удалении инородных тел могут привести к серьезным осложнениям и летальным исходам

Наша клиника располагает опытом обследования и лечения 67 пациентов, поступивших с подозрением на инородное тело верхних отделов пищеварительного тракта. Среди них было 61 (91%) мужчин и 7 (9%) женщин.

В клинику больные поступали по направлению из:

- Из травматологических пунктов – 12 (12%) пациентов
- Из психиатрических лечебных учреждений – 4 (6%) пациента
- Из следственных изоляторов 49 (79%) пациентов
- Переводом из других лечебных учреждений – 2 (3%) пациента.

При обследовании больных, поступавших с подозрением на инородное тело верхних отделов пищеварительного тракта, особенно при подозрении на инородное тело пищевода всем пациентам производилось рентгенологическое исследование, целью которого являлось выявление рентгеноконтрастных и слаборентгеноконтрастных инородных тел, а также признаков, указывающих на наличие неконтрастного инородного тела, а также на наличие перфорации пищевода.

При подозрении на инородное тело пищевода производили обзорную рентгенограмму шеи и грудной клетки. Было выявлено 17 рентгеноконтрастных инородных тел, 9 слабоконтрастных инородных тел (мясные, рыбьи кости). Нами также произведено 11 рентгеноконтрастных исследований пищевода, причем мы считаем необходимым применять на этапе диагностики только водорастворимые контрастные вещества, т.к. барий, оседая на стенках пищеварительного тракта, делает выполнение фиброэндоскопии крайне затруднительным или невозможным. Отрицательные рентгенологические данные не являлись поводом для отказа от дальнейшего обследования пациента.

Подозрение на инородное тело верхних отделов пищеварительного тракта является показанием к экстренному эндоскопическому исследованию. При обследовании и лечении пациентов с инородными телами верхних отделов пищеварительного тракта разделяли два основных вида эндоскопических исследований: диагностическую и лечебную. Противопоказанием к эндоскопическому диагностическому исследованию: считали отказ от исследования психически здорового пациента, крайне тяжелое состояние больного, обусловленное перфорацией пищевода и гнойным медиастинитом, когда проведение эндоскопического исследования не только нецелесообразно, но и может ухудшить состояние больного.

Исследование проводилось в условиях специально оборудованного кабинета под местным обезболиванием или в операционной в условиях эндотрахеального наркоза.

Показанием к выполнению диагностической эндоскопии под общим обезболиванием считали: исследование больных с психическими заболеваниями, находящихся в состоянии возбуждения, подозрение на возникновение осложнений и при клинике перфорации пищевода.

При эндоскопическом исследовании инородные тела были выявлены у 64 (95,5%) больных. Из них: у 37 (55,2%) больных инородные тела в желудке и двенадцатиперстной кишке – у 27 (40,3%) больных. Множественные инородные тела отмечались у 8 (11,9%) человек. При фиброгастроскопии у 56 (83,6%) пациентов были выявлены травмы пищевода различных степеней тяжести. У 3 (4,5%) больных рентгеноконтрастные инородные тела находились вне пределов верхних отделов пищеварительного тракта, и затем отошли самостоятельно. Время от момента попадания инородного тела колебалось от срока до 12 часов, до двух суток; у 2 пациентов время не установлено.

После выявления инородного тела и установления причины фиксации намечали тактику эндоскопического удаления. Эндоскопический метод считали противопоказанным, если инородное тело не удастся извлечь под наркозом и дальнейшие попытки увеличивают травму органа, а также, если имело место обильное кровотечение.

Для эндоскопического удаления инородных тел использовали аппараты с большим наружным диаметром и широким инструментальным каналом. Для удаления инородных тел использовали различные типы захватов, диатермические петли, полихлорвиниловый тубус для защиты стенок полого органа при извлечении острых и режущих инородных тел. Показаниями к общему обезболиванию при эндоскопическом удалении инородных тел считали: пациенты с психическими заболеваниями, находящиеся в состоянии возбуждения, острое, плотно фиксированное инородное тело, при подозрении на множественные инородные тела сложной конфигурации или острые инородные тела, при подозрении на кровотечение, перфорацию желудка, просвета пищевода с длительным сроком нахождения инородного тела, клиника перфорации пищевода, если ранее производились попытки эндоскопического извлечения инородного тела в других лечебных учреждениях.

Из пищевода под местным обезболиванием удаление производили у 33 (89,2%) пациентов, под эндотрахеальным обезболиванием – 4 (10,8%) пациентам. Под местным обезболиванием 12 (44,4%) пациентам были удалены инородные тела из желудка, 5 (18,5%) – из ДПК. 4 (14,8%) больным инородные тела из желудка были удалены в условиях эндотрахеального наркоза.

После удаления инородного тела всем пациентам при наличии травмы пищевода выполнялось рентгеноконтрастное исследование. Все пациенты после удаления инородного тела госпитализировались в хирургическое отделение.

Оперативному лечению были подвергнуты 6 пациентов с инородными телами желудка: в связи с безуспешной попыткой удаления. За весь описываемый период мы ни разу не получили перфорации пищевода и желудка при эндоскопическом удалении инородных тел, летальных исходов в этих группах больных не было.

Учитывая наш опыт лечения больных с инородными телами верхних отделов пищеварительного тракта можно сделать следующие выводы:

1. Лечение и обследование больных с подозрением на инородное тело верхних отделов пищеварительного тракта должно осуществляться в экстренном порядке и в условиях многопрофильного стационара. Любое выявленное в просвете верхних отделов пищеварительного тракта инородное тело должно быть по возможности извлечено при помощи фиброэндоскопии.
2. Для диагностики инородного тела и выяснения причины фиксации необходимо сочетание рентгенологического и эндоскопического методов исследования.
3. Применение эндотрахеального наркоза при извлечении инородных тел из верхних отделов пищеварительного тракта позволяет сократить время манипуляций и риск возникновения перфорации стенки полого органа.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абакумов М.М., Погодина А.Н. Неотложная хирургия пищевода // Хирургия. – 1992. – №4. – С. 3-8.
2. Комаров Б.Д., Кашнин Н.Н., Абакумов М.М. Повреждения пищевода // М.: Медицина, 1981. – 213 с.
3. Розанов, Б.С. Инородные тела и травмы пищевода и связанные с ними осложнения // М.: Медицина, 1961. – 189 с.

УДК 616.366-003.7-089

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

Шурко К. С., Харибян Ж. А., Аксютенко А. Н., Денисова А. Б.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра хирургических болезней № 1*

Научный руководитель: д.м.н., проф. Белобородов В. А.

По современным литературным данным холедохолитиаз (ХЛ) обнаруживается в 10-15% наблюдений калькулезного холецистита [1, 3, 4]. До настоящего времени продолжают обсуждаться вопросы о сроках хирургической коррекции непроходимости желчных путей, объеме предполагаемой операции, возможностях применения малоинвазивных способов декомпрессии билиарной системы [2, 5].

Учитывая, что при механической желтухе могут развиваться необратимые изменения в печени и желчных путях в период 48 - 72 часов, сроки оценки эффективности консервативного лечения ограничены и в критических случаях при сохраняющемся билиарном блоке возникает необходимость в экстренном или срочном оперативном вмешательстве.

Проведен анализ результатов обследования и хирургического лечения 189 больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), осложненной холедохолитиазом (ХЛ) и механической желтухой. У 155 (82,0±2,8) больных сроки развития механической желтухи с момента развития заболевания составили до 3 суток, а у 34 (18,0±2,8) больных – свыше 3 суток.

На первом этапе хирургического лечения у 168 (88,9±2,3%) из 189 больных с ЖКБ, ХЛ выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с попыткой экстракции конкремента из общего желчного протока (ОЖП), а у 14 (8,3±2,1%) из 168 больных – дополнительно установлен эндопротез (ЭП) оригинальной конструкции. У 21 больного ЭПСТ не выполнено по разным причинам: ранее перенесенная резекция желудка, наличие полной обтурации большого дуоденального сосочка (БДС) или терминального отдела ОЖП неудаляемым конкрементом, отказ больного.

В результате первого этапа хирургического лечения ХЛ сохранялся в 58 наблюдениях, из них в 53 случаях был выявлен острый калькулезный холецистит. Из 58 больных у 21 ЭПСТ не было выполнено, а у 37 – оно не принесло желаемого

эффекта в лечении синдрома механической желтухи (СМЖ). Кроме того, у 68 больных, у которых ЭПСТ и экстракция конкремента ОЖП оказались эффективными, был острый калькулезный холецистит, и они нуждались в проведении холецистэктомии (ХЭ).

Второй этап хирургического лечения предпринят у 126 больных с ЖКБ, ХЛ. Их них у 66 больных после перенесенной на первом этапе лечения успешной экстракцией конкремента выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), у 2 – ХЭ, а у 58 больных – потребовалась дополнительная коррекция СМЖ по причине сохраняющего ХЛ. Из 58 больных с сохраняющимся ХЛ у 32 выполнена холедохолитотомия (ХЛТ), дренирование ОЖП и ХЭ; у 5 – выполнен билиодигестивный анастомоз (БДА); у 7 – БДА и ХЭ; а у 14 больных – лапароскопическая холедохолитотомия (ЛХЛТ), дренирование ОЖП и ЛХЭ.

С целью уточнения выбора хирургической тактики в зависимости от эффективности первого этапа хирургической коррекции СМЖ при ЖКБ, ХЛ проведена случайная выборка 49 наблюдений СМЖ у больных с ЖКБ, острым калькулезным холециститом и ХЛ. В зависимости от вариантов первого и второго этапов хирургического лечения СМЖ больных разделили на 3 группы (табл. 1).

Тактика двухэтапного хирургической коррекции была использована в лечении больных всех трех групп. На первом этапе у больных всех трех групп выполняли ЭПСТ с механической литоэкстракцией конкрементов с помощью корзинки Дормиа с целью декомпрессии и последующей санации желчевыводящих путей.

В первую группу вошли 19 больных, у которых ЭПСТ с эндоскопической механической литоэкстракцией конкрементов была эффективна. Во вторую вошли 16 больных, у которых в результате первого этапа хирургического лечения ХЛ не был ликвидирован и явления СМЖ сохранялись. Последнее явилось показанием к раннему выполнению второго этапа лечения в условиях общего нестабильного состояния больных. Третью группу составили 14 больных, у которых в результате первого этапа хирургического лечения ХЛ не был ликвидирован. Этим больным дополнительно было выполнено ЭП в ОЖП, что позволило купировать проявления СМЖ без ликвидации ХЛ. Второй этап хирургического лечения выполнен в условиях стабильного общего состояния больных этой группы.

На втором этапе хирургического лечения у больных всех трех групп были применены разные способы дополнительной хирургической коррекции.

У всех 19 больных первой группы выполнена ЛХЭ.

Из всех 16 больных второй группы у 12 больных выполнены ХЭ, ХЛТ, дренирование ОЖП по разным методикам (Вишневского, Холстеда-Пиковского, Кера), а у 4 – выполнены ХЭ, ХЛТ, БДА.

У всех 14 больных третьей группы выполнены ЛХЭ, ЛХЛТ (дополнительно использован холедохоскоп) и дренирование ОЖП по разным методикам (Вишневского, Холстеда-Пиковского, Кера).

Таблица 1

Варианты хирургической тактики при ЖКБ, ХЛ в трех клинических группах

№ группы	Количество больных	Варианты первого и второго этапов хирургического лечения
1	19	Первый этап: ЭПСТ, экстракция конкремента ОЖП эффективна, купированы явления СМЖ
		Второй этап: ЛХЭ
2	16	Первый этап: ЭПСТ, экстракция конкремента ОЖП не эффективна, сохраняются явления СМЖ
		Второй этап: ХЭ, ХЛТ, дренирование ОЖП или БДА
3	14	Первый этап: ЭПСТ, экстракция конкремента ОЖП не эффективна, дополнительно ЭП ОЖП, купированы явления СМЖ
		Второй этап: ЛХЭ, ЛХЛТ, дренирование ОЖП

Проведенный сравнительный анализ данных результатов лечения больных с СМЖ, обусловленным ЖКБ, ХЛ, показал, что дополнительное использование эндоскопических способов (ЭПСТ и ЭП) коррекции СМЖ при выборе двухэтапной хирургической тактики позволяет в целом улучшить результаты комплексного их лечения, способствует сокращению сроков стационарного лечения и раннему устранению проявлений СМЖ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Альперович Б.И. Хирургия печени // М.: Медицина, 2009. – 560 с.
2. Бокарев И.Н., Немчинов Е.Н. Желтухи и гепатомегалии: дифференциальная диагностика // М.: Практическая медицина, 2008. – 176 с.
3. Борисов А.Е. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей // М.: Скифия, – 2003. – 488 с.
4. Гальперин Э.И., П.С. Ветшев Руководство по хирургии желчных путей // М.: Видар-М, 2006. – 568 с.
5. Нартайлаков М.А. Хирургия печени и желчных путей // М.: Феникс, 2007. – 408 с.

УДК: 616.98:579.834

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ У БОЛЬНЫХ ПОДОСТРЫМИ И ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗОВ

Элбакидзе О. С., Уткина Е. С., Осеян Л. С.

*Челябинская государственная медицинская академия
Кафедра инфекционных болезней*

Научный руководитель: к.м.н., асс. Конькова-Рейдман А. Б.

Иксодовые клещевые боррелиозы (ИКБ) - полисистемные заболевания, развивающиеся стадийно. Их особенностью является склонность к хронизации, инициация иммунопатологических процессов. На территории Челябинской области отмечается высокая степень активности природного очага ИКБ, ежегодная заболеваемость которыми превышает

среднероссийские показатели в 4-5 раз. Хроническое течение иксодовых клещевых боррелиозов в России изучено мало, что связано с отсутствием общепринятых критериев диагностики и недоступных для широкой практики методов идентификации инфекции. Наряду с типичными клиническими формами поздней стадии ИКБ, описанными в других странах, в России наблюдались атипичные хронические моносиндромные проявления: изолированные артралгии, периаэритриты (энтезопатии), поражение сердца (перикардит, обратимая диастолическая дисфункция), нефрит, доброкачественная лимфоплазия кожи, изолированный лихорадочный синдром, лимфаденопатия, психические нарушения. Секреторные продукты иммуноцитов, как показано в большом цикле работ различных авторов, несомненно, обладают нейромедиаторными и психотропными эффектами [3]. Доказана психотропная роль биогенных аминов, источником которых являются тучные клетки, базофилы, тромбоциты, интерферонов и ИЛ-2, секретируемых Т-лимфоцитами. На эмоциональную сферу человека оказывают влияние нейропептиды костного мозга и тимуса, установлена нейротрансмиттерная роль секреторных продуктов иммуноцитов: ИЛ-1, ИЛ-6, интерферона гамма [2,3,4]. Практическое отсутствие данных о состоянии нервно-психического статуса больных подострыми и хроническими формами ИКБ явилось основанием и предпосылкой для их изучения. Для объективизации оценки нервно-психического статуса больных использован психометрический метод, основным инструментом которого являются оценочные шкалы.

Цель исследования: Оценка нервно-психического статуса больных с подострыми и хроническими формами ИКБ для оптимизации ведения в условиях клинической практики.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности клинического течения прогрессивных форм иксодовых клещевых боррелиозов
2. Оценить нервно-психический статус больных при подостром и хроническом течении ИКБ.

Материалы и методы: В настоящей работе обобщены результаты комплексного клинико-лабораторного обследования 40 больных с прогрессивными формами ИКБ в возрасте от 15 до 68 лет. Диагноз был поставлен на основании эпидемиологических, клинических и лабораторных данных. Лабораторная верификация включала серологический скрининг (ИФА) и методы генодиагностики (ПЦР). Для ИФА использовали тест-системы «Боррелиоз-ИФА-IgM» и «Боррелиоз-ИФА-IgG» производства НПФ «Хеликс» (г.Санкт-Петербург). С целью идентификации геновида боррелий - ПЦР с тест-системой ВектоЛайм-ДНК-ампли-100 («Вектор-Бест», Новосибирск) с системой праймеров к fla-гену.

Психологическое обследование включало применение шкалы Гамильтона для оценки депрессии, опросника Спилберга, опросника Айзенка. Шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS) состоит из 17 пунктов. Исследование проводится врачом, который, заполняя специальный бланк, оценивает каждый пункт в баллах. Тяжесть депрессии определяется по следующим показателям: депрессивное настроение, чувство вины, суицидальные намерения, трудности с засыпанием, бессонница, раннее пробуждение, работа и другие виды деятельности, заторможенность, возбуждение, психическая тревога, соматическая тревога, желудочно-кишечные соматические симптомы, общие соматические симптомы, сексуальные / генитальные симптомы/, ипохондрические расстройства, потеря веса, критичность отношения к болезни. Согласно данной шкале, суммарный показатель от 0 до 7 свидетельствует об отсутствии депрессивного эпизода, показатель от 7 до 16 соответствует малому депрессивному эпизоду, 17 и выше большому депрессивному эпизоду. Целью применения тест-опросника Айзенка является выявление 2-х важных факторов, характеризующих личность человека в преморбиде: экстраверсии-интраверсии и нейротизма. Фактор экстраверсии-интраверсии биполярен, крайние полюса соответствуют ориентации личности на мир внешних объектов (экстраверсия) или на внутренний субъективный мир (интраверсия). Второй фактор - нейротизм описывает некоторое свойство-состояние, характеризующее человека со стороны эмоциональной устойчивости, тревожности, уровня самоуважения и возможных вегетативных расстройств. Этот фактор также биполярен: к одному из его полюсов могут быть отнесены личности, отличающиеся высокой устойчивостью, зрелостью, адаптивностью; к другому - неустойчивые, нервные, плохо адаптирующиеся. Исследование проводилось с помощью специального бланка, на котором были напечатаны вопросы, требующие альтернативного ответа. Результаты оценивались следующим образом: показатели менее 10 по шкале интраверсии/экстраверсии свидетельствовали об интравертированности обследуемого; больше 10 об экстравертированности. Показатель более 3 по шкале лжи свидетельствовал о малой достоверности результатов. Определение уровня тревожности проводилось при помощи шкалы оценки уровня реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилберга, Ю.Л.Ханина. Шкала оценки состоит из 2-х частей, разделяющих реактивную (РТ, высказывания № 1-20) и личностную (ЛТ, высказывания № 21-40) тревожности. Статистическую обработку цифрового материала проводили путем вычисления средней арифметической (М), ошибки средней арифметической (m), критерия Стьюдента (t), достоверности различий (p). Обработка полученных данных проводилась в среде электронных таблиц Excel фирмы Microsoft.

Результаты и обсуждение: У 80 % больных была зарегистрирована первая стадия болезни. Причем половина больных перенесла безэритемную форму заболевания. Антибактериальную терапию в остром периоде болезни получали 70 % пациентов. По данным анамнеза у большинства больных была отмечена ранняя диссеминация инфекции, частое возникновение вторичных эритем, а также позднее начало терапии или неадекватная антибактериальная терапия (короткий курс, низкие дозы). В 15 % наблюдений, несмотря на своевременное и правильно проведенное лечение, отмечалось дальнейшее прогрессирование инфекции. Из системных заболеваний наиболее часто выявлялась патология нервной системы (40 % обследованных). Наиболее ранним проявлением было развитие мононевритов. У 2-х больных наблюдалась нейропатия лицевого нерва по периферическому типу. Редким проявлением был серозный менингит (7 %) и менингоэнцефалит. Полинейропатии сенсорного и смешанного характера наблюдались у 7 пациентов. Электронейромиографические исследования подтвердили наличие аксональных нейропатий с демиелинизацией у 4-х человек. Поражение ЦНС в виде перенесенной нейроинфекции-энцефалопатии наблюдалось в 10 % случаев. Боррелиозный миокардит развивался у 2-х больных. Нарушение ритма при ЭКГ-исследованиях в виде брадикардии и блокад различного уровня зарегистрированы в 12 % наблюдений. Суставной синдром по олигоартралгическому типу отмечался у половины больных и только в 2-х случаях отмечались явления реактивного артрита. Лайм-гепатит в безжелтушной форме наблюдался у 5 больных. Только в одном случае обнаружена доброкачественная лимфоцитома мочки уха. Более чем у трети больных (35%) наблюдалась полисистемность поражений в различных сочетаниях. Наряду с типичными формами наблюдались атипичные хронические моносиндромные проявления: обратимая диастолическая дисфункция миокарда, лимфаденопатия, психоорганический

синдром. Серопозитивность по антителам к боррелиям выявлялась за период болезни у 100 % больных. Инфицирование *B.garini* наблюдалось в 22 % случаях, *B.afzelii* – у 18,6 % больных и *B.burgdorferi* s.s. – у 39 % пациентов. У 8,4 % больных наблюдалась инфицированность одновременно несколькими патогенными боррелиями, входящих в одну группу спирохет *B.burgdorferi* s.l., а в 12 % случаев наблюдалось одновременное инфицирование геновидами боррелий группы *B.burgdorferi* s.s. и *B.burgdorferi* s.l., что позволило рассматривать данную ситуацию как микст-инфицированность.

Шкала Гамильтона для оценки депрессии является одной из наиболее разработанных и применяемых в психиатрии. Для нее определены числовые показатели, позволяющие оценить тяжесть расстройства. У 67,5 % обследованных показатель по шкале Гамильтона для оценки депрессии соответствовал «малому депрессивному эпизоду», у 32,5 % «большому депрессивному эпизоду». Все больные с депрессивными расстройствами, а также лица контрольной группы (29 человек, у которых не было выявлено депрессивных расстройств; а также других психических расстройств, классифицируемых в МКБ-10) ответили на вопросы анкет, что позволило судить о некоторых важных характеристиках личности. Показатель нейротизма, характеризующий личность со стороны эмоциональной устойчивости, тревожности и возможных вегетативных расстройств, в контрольной группе был достоверно ниже, чем в основной ($P < 0,05$). Полученные данные согласуются с такими клиническими особенностями больных депрессивными расстройствами непсихотического уровня, как лабильность эмоций и вегетативных процессов [2]. Достоверно отличались показатели по шкале экстраверсии/интраверсии: в контрольной группе показатель был выше и соответствовал фактору экстраверсии ($12,56 \pm 0,63$), то есть ориентации личности на мир внешних объектов; в группе больных данный показатель был ниже и соответствовал фактору интраверсии ($7,41 \pm 0,24$), т.е. ориентации на внутренний субъективный мир ($P < 0,001$). Показатель личностной тревоги, являющейся достаточно устойчивой характеристикой, в контрольной группе был достоверно ниже, чем у обследованных больных с депрессивными расстройствами. Показатель менее 3 по шкале Лжи ($2,52 \pm 0,64$) свидетельствовал о большой достоверности результатов.

Выводы

1. Иксодовые клещевые боррелиозы протекают в виде моно-инфекции (62,5 %), боррелиозной микст-инфекции (8,4 %), в сочетании с клещевым энцефалитом (до 30 %). При боррелиозной моно-инфекции инфицирование *B.garini* наблюдалось в 22 % случаях, *B.afzelii* – у 18,6 % больных и *B.burgdorferi* s.s. – у 39 % пациентов.
2. Всем больным с подострым течением ИКБ необходимо проводить кардиологическое обследование (ЭКГ, Эхо КГ и ЭКГ-М) для выявления ранних признаков поражения ССС и нейрофизиологические исследования для выявления демиелинизирующих аксональных полинейропатий.
3. У больных подострыми и хроническими формами ИКБ диагностирован текущий умеренный или тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Жаркова Н.Б., Морозова М.А., Андрусенко М.П. Психометрический метод - не только для экспериментов. Ж-л неврологии и психиатрии 2001; 1: 37-40
2. Федорова Е.В. Иммунологические аспекты депрессивных расстройств невротического уровня. Автореферат к дисс. Челябинск 2001: 25
3. Anisman H., Ravindran A.V. et al. IL-1 beta production in dystimia before and after pharmacotherapy. Biol. Psychiatry 1999; 12: 1645-1655
4. Connor T.J., Leonard T.E. Depression, stress and immunological activation: the role of cytokines in depressiv disorders. Life- Sci 1998;7: 583-606
5. Hamilton M. A rating scale for depression. O Neurol Neurosurg Psychiat 1960; 23:56-62.

УДК: 615.225.2:339.13

МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ РЫНКА ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИН ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА

Эльдарава Г. Р.

*Курский государственный медицинский университет
Кафедра управления и экономики фармации*

Научный руководитель: д. ф. н., проф. Овод А. И.

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) остается одним из наиболее распространенных заболеваний в развитых странах мира. Эпидемиологические исследования свидетельствуют, что АГ регистрируется у 15-30% взрослого населения планеты. В России повышенное артериальное давление (АД) выявляется у 20-30% населения [3].

Особенность данного заболевания заключается в том, что угрозу представляет не только и не столько сам по себе факт повышения АД. А то, что АГ запускает цепь функциональных и структурных изменений в жизненно важных органах (прежде всего, в сердце, почках и церебральных сосудах), приводящих в итоге к терминальной органной недостаточности (end-stage disease) и смерти пациента [1,2]

Целью настоящей работы является маркетинговые исследования локального и регионального рынка ингибиторов ангиотензин превращающего фермента (АПФ) за период 1999-2008 гг.

Материалы и методы исследования. Информационный массив лекарственных средств (ЛС) был сформирован на основе официальных источников информации («Государственный реестр ЛС», 2008 г., «Регистр ЛС», 2008 г., «Справочник Видаль», 2008г. Лекарственные препараты в России», 2008 г., «Синонимы ЛС», 2007 г.)

Результаты исследования. В ходе маркетингового анализа выявлено, что на российском рынке зарегистрировано 9 международных непатентованных наименований (МНН) и 63 торговых названий (ТН) ингибиторов АПФ; общее количество предложений составляет 152 лекарственных препарата (ЛП). Значительная доля ассортимента принадлежит ЛС на основе Эналаприла – 75 предложений (49,34%), что обусловлено рядом преимуществ данного действующего вещества. Эналапри, в отличие от каптоприла, применяют 1-2 раза в сутки независимо от приема пищи, а каптоприл только натошак. Также доказано, что Эналаприл увеличивает продолжительность жизни у больных с инфарктом миокарда. На втором месте находится каптоприл – 47 ЛП (30,92%) (табл. 1)

Ассортимент АПФ на фармацевтическом рынке России

МНН	Количество наименований			
	Торговые названия		Лекарственные препараты	
	абс.	%	абс.	%
Эналаприл	30	47,62	75	49,34
Каптоприл	20	31,75	47	30,92
Лизиноприл	6	9,53	16	10,53
Периндоприл	2	3,17	3	1,97
Рамиприл	1	1,59	3	1,97
Спироприл	1	1,59	1	0,66
Фозиноприл	1	1,59	2	1,32
Хинаприл	1	1,59	3	1,97
Моэксиприл	1	1,59	2	1,32
Итого	63	100,00	152	100,00

На третьем месте Лизиноприл – 16 ЛП (10,53%). Это современный и высокоэффективный ингибитор АПФ, который появился на рынке в апреле 2004 г. Он является высокоэффективным препаратом в лечении АГ, хорошо переносится пациентами [4].

На рынке присутствует незначительная доля ЛС на основе Спироприла (0,66%), Фозиноприла (1,32%), Моэксиприла (1,32%) и Хинаприла (1,97%).

Выявлено, что на фармацевтическом рынке преобладают ингибиторы АПФ, производимые зарубежными компаниями – 127 предложений (83,55%). В ассортименте преобладают таблетированные лекарственные формы – 95,39% ассортимента.

На следующем этапе был проведен анализ ингибиторов АПФ, назначаемых врачами и применяемых в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) г. Курска. Их структура представлена в таблице 2. Установлено, что из 9 МНН зарегистрированных в России, фактически используются 6, что составляет 66,67%.

В ходе исследований выявлено, что наиболее часто врачи назначают Эналаприл (53,85%), примерно четвертой части больных – Лизиноприл, очень редко выписывается Фозиноприл (7,45%) и Хинаприл (1,6%). Анализ фактического ассортимента показал, что врачи отдают предпочтение твердым лекарственным формам (98,08%), но, иногда, назначаются и инъекционные формы (1,98%).

Таблица 2

Ассортимент АПФ, назначаемых в медицинских учреждениях

МНН	Доля, %
Эналаприл	53,85
Лизиноприл	21,81
Каптоприл	11,71
Периндоприл	11,17
Фозиноприл	7,45
Хинаприл	1,6
Итого	100

В результате сравнительного анализа установлено, что врачи назначают только 34,20% ТН из зарегистрированных в России ингибиторов АПФ.

Выводы. В результате маркетинговых исследований выявлено, что на отечественном фармацевтическом рынке присутствует значительное количество ингибиторов АПФ, что позволяет подобрать индивидуальную терапию для каждого пациента с АГ. Ограниченность финансирования ЛПУ не дает возможности закупать дорогостоящие ЛС данной группы и осуществлять лечение больных АГ современными и эффективными препаратами в стационарных условиях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кобалова Ж.Д. Новое в последних международных рекомендациях по артериальной гипертензии // Клиническая фармакология и терапия. - 2004. - №2. - С. 10-18.
2. Мартынов А.И. Лекарственные средства для лечения артериальной гипертензии // Новая аптека. - 2005. - №7. - С. 20-23.
3. Небиеридзе Д.В. Перспективы ингибиторов АПФ при лечении артериальной гипертензии // Фарматека. - 2004. - № 6 - С.89-92
4. Постинкова С.Л. Рациональная терапия артериальной гипертензии // Аптечный бизнес. - 2006. - №6. - С. 30-33.

РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ С ВНУТРИВЕННЫМ КОНТРАСТИРОВАНИЕМ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Юдин А. Л., Васильев П. В.

*Российский государственный медицинский университет
Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии*

Научный руководитель: д.м.н., проф. Юдин А. Л.

При обследовании больных раком щитовидной железы важной задачей является точная оценка распространенности опухолевого поражения, которая включает в себя, в частности, определение взаимоотношения опухоли с элементами гортани и гортаноглотки. При выявлении врастания опухоли щитовидной железы в гортань и/или гортаноглотку объем планируемого хирургического вмешательства расширяется. На сегодняшний день точная оценка состояния гортани и гортаноглотки у больных раком щитовидной железы во многом стала возможной благодаря современным возможностям мультиспиральной рентгеновской компьютерной томографии (МСКТ).

Целью нашего исследования являлось определение диагностического значения МСКТ с внутривенным болюсным контрастированием в выявлении опухолевой инвазии гортани и гортаноглотки у больных раком щитовидной железы. Для достижения поставленной цели мы поставили перед собой и решали следующие задачи: 1) разработать методику МСКТ области гортани, гортаноглотки и щитовидной железы для оценки взаимоотношения измененной щитовидной железы с гортанью и гортаноглоткой; 2) разработать семиотику опухолевого поражения гортани и гортаноглотки при раке щитовидной железы; 3) определить диагностическое значение МСКТ в оценке вовлечения гортани и гортаноглотки при раке щитовидной железы. Компьютерная томография проводилась в нативном режиме и с контрастным усилением (получали артериальную, паренхиматозную и венозную фазы). Исследование выполнялось на аппарате NX/i AAA (General Electric) срезами толщиной 3 мм. Скорость внутривенного введения контрастного препарата составляла 3–4 мл/секунду.

Опухолевая инвазия гортани при раке щитовидной железы выявлена в двух случаях заболевания. В двух случаях выявлено распространение поражения со стороны щитовидной железы на гортаноглотку. Также в двух случаях установлено вовлечение в опухолевый процесс как гортани, так и гортаноглотки. Распространение опухолевого поражения со стороны щитовидной железы на гортань сопровождалось деструкцией перстневидного и/или пластин щитовидного хряща. Элементы гортани на уровне опухолевой инвазии были инфильтрированы, подвижность их при фонации была ограничена. При исследовании с внутривенным контрастированием пораженный отдел гортани выглядел гиподенсивным по отношению к окружающим, не вовлеченным в процесс элементам органа. Распространение опухолевого поражения со стороны щитовидной железы на гортаноглотку проявлялось в виде вовлечения в процесс одного из грушевидных синусов. Пораженные стенки были инфильтрированы. При фонации синус расправлялся только в частичной степени по сравнению с противоположным не вовлеченным в процесс. При исследовании с внутривенным контрастированием инфильтрированные стенки пораженного грушевидного синуса выглядели гиподенсивными по отношению к окружающим элементам гортаноглотки, не вовлеченным в процесс. Все случаи распространения опухолевого поражения со стороны щитовидной железы на гортань или гортаноглотку были морфологически верифицированы.

МСКТ с внутривенным контрастированием является высокоинформативным методом лучевой диагностики, позволяющим уточнить распространенность опухолевого поражения у больных раком щитовидной железы, выявить или исключить инвазию гортани или гортаноглотки. Мы считаем, что проведение компьютерной томографии с контрастным усилением необходимо в случае наличия клинических, эндоскопических или иных признаков, требующих исключения вовлечения в опухолевый процесс гортани или гортаноглотки при раке щитовидной железы.

УДК 615.811.2:616.31

ГИРУДОТЕРАПИЯ В СТОМАТОЛОГИИ

Юдина Т. А., Грубцова К. А., Храмцов В. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра биологии с экологией и курсом фармакогнозии*

Научный руководитель: асс. Дегерменджи Н. Н.

В последние годы повысился интерес к лечебным свойствам пиявок. Это объясняется тем, что они начали находить все более широкое применение в медицине. И это неудивительно, ведь при минимуме противопоказаний гирудотерапию можно применять для лечения множества болезней. Гирудотерапия – древнейший метод лечения пиявками, возникший в 200–130 гг до н.э. (от латинского *Hirudina* – пиявка).

Великие русские врачи Н.И. Пирогов, М.Я. Мудров, Г.А. Захарьин придавали этому методу огромное значение и применяли его при лечении множества недугов. В 30-е годы XVIII века в России ежегодно использовали около 30 миллионов пиявок.

Быстрое развитие научной медицины во второй половине XIX века, расцвет микробиологии, внедрение антисептики и асептики привели к резкому сокращению применения пиявок. Их стали рассматривать как возможный источник инфекции. И лишь в первой половине XX века было доказано, что секрет слюнных желез и содержимое кишечного канала обладают бактериостатическими свойствами по отношению к ряду патогенных микроорганизмов. Сегодня же растет спрос не только на использование медицинских пиявок, но и на препараты, получаемые из них.

Пиявки используются для лечения заболеваний практически во всех областях медицины: офтальмологии, дерматологии, гинекологии, неврологии, хирургии, кардиологии, урологии и даже в стоматологии.

В стоматологической практике гирудотерапия высокоэффективна при заболеваниях пародонта, красного плоского лишая слизистой оболочки рта, невралгии тройничного нерва, синдрома стоматолгии и глосалгии, ганглиота крылонебного узла и других патологических состояний ротовой полости.

Целью исследования является доказательство целесообразности использования гирудотерапии в лечении стоматологических заболеваний. В данной работе приведены результаты наших экспериментальных исследований по выяснению лечебных свойств пиявок на примере воспалительных заболеваний пародонта.

Мы оценили применение гирудотерапии в комплексном лечении 21 больного. Лечение больных осуществлялось по следующей схеме: после устранения местных раздражающих факторов ставили до 2-3 пиявок на область альвеолярной части десны. Курс лечения состоял из 7 процедур через день. На втором сеансе гирудотерапии мы отметили улучшение общего состояния 16 больных, оставшиеся 5 пациентов получили положительный результат после 3 сеансов гирудотерапии. На следующих сеансах гирудотерапии значительно уменьшилось количество отделяемого из пародонтальных карманов, вплоть до полного прекращения, исчезла кровоточивость десен, уменьшился размер пародонтальных карманов.

Следует отметить, что больные, получавшие гирудотерапию, воспринимали ее адекватно, как метод, стимулирующий комплексное лечение. Говоря о первых минутах после прикрепления пиявки, больные отмечали легкое жжение и покалывание с последующим онемением в радиусе 2-3 зубов. Продолжительность кровотечения после сеанса составила 15-18 часов, полная эпителизация ранки наступала на третий день.

На основании проведенного исследования можно рекомендовать гирудотерапию как экологически чистый метод в комплексном лечении пульпитов и периодонтитов, так как в организм человека попадают биологические вещества естественной природы и в строго необходимом количестве для каждого организма в гомеопатической дозировке.

Медицинские пиявки можно рекомендовать в широкую практику врачей – стоматологов для лечения болезней полости рта.

Гирудотерапия – наиболее подходящий метод для обезболивания в случаях непереносимости физиопроцедур, а также в случаях противопоказаний к ним.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ю.Я. Каменев, О.Ю. Каменев. Вам поможет пиявка: Гирудотерапия. СПб.: ЗАО «ВЕСЬ», 1999. – 256с., илл.
2. Киреев А. Исцеление пиявками. М.: «Ч.А.О. и К», 2001.-92с.

УДК 616-008.927:612.01

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФЕРРЕТАБА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Юлдашева Д. Х., Намозова Х. Ж., Бакиева Ч. Ш.

Бухарский государственный медицинский институт им. Авиценны

Кафедра клинической фармакологии

Научный руководитель: к.м.н., доц. Мусаева Д. М.

По распространенности, прямому и косвенному влиянию на материнскую, перинатальную заболеваемость и смертность, а также социально-экономическим последствиям анемии беременных является одной из весьма актуальных проблем мирового здравоохранения. Распространенность дефицита железа и ее манифестной стадии – железодефицитной анемии (ЖДА) в странах Центральной Азии, в том числе в Узбекистане чрезвычайно высока, превышая критический уровень ВОЗ в 1,5 - 2 раза. Она занимает первое место среди общей заболеваемости. В развивающихся странах ЖДА страдают 50-80% населения, а в индустриально развитых 10-20% (UNICEF, 1994). В странах с более низким уровнем жизни высокая частота ЖДА в сочетании с В12-дефицитной анемией объясняется чаще всего недостаточным содержанием железа и витамина В12 или их отсутствием в рационе питания, а также высокой интенсивностью родовой функции женщин, что при малых интервалах между родами ведет к быстрому развитию ЖДА в сочетании с В12-фолиеводефицитной анемией.

Данные ВОЗ (1999) утверждают, что железодефицитная анемия составляет 90% всех анемий и ею страдает 1788600000 жителей Земли. Доказано также, что около 60% анемий составляет ЖДА в сочетании с В12-фолиеводефицитной анемией, именуемые анемиями смешанного генеза. Распространенность анемии смешанного генеза зависит от возраста, пола, климато-географических условий местности проживания.

Для профилактики и лечения дефицита железа уже длительное время врачи рекомендуют препарат «Ферретаб» австрийской компании «Ланнахер». Этот препарат интересен своими уникальными характеристиками:

- Ферретаб – комплексный препарат, который содержит железо и фолиевую кислоту в дозах, рекомендуемых ВОЗ
- Железо в Ферретабе представлено органической солью, которая быстро восстанавливает уровень гемоглобина
- Фолиевая кислота повышает эффективность и переносимость железа и защищает ребенка от пороков развития
- Ферретаб хорошо переносится даже при повышенной чувствительности желудочно-кишечного тракта,
- Ферретаб - это капсулы длительного действия, внутри которых находятся мини-таблетки из микрогранул железа в кишечнорастворимой оболочке.

Цель: Определить эффективность антианемического препарата “Ферретаб” (lannacher heilmittel Ges.m.b.H.) у больных с железодефицитной анемией.

Материалы и методы: Исследование проведено у 30 больных с железодефицитной анемией в возрасте 18-60 лет, находившихся на стационарном лечении в гематологическом отделении Бухарской областной клинической больницы с диагнозом железодефицитная анемия различной степени тяжести. Из них 21 (70%) женщин и 9 (30%) мужчин, у 18 из них железодефицитная анемия тяжелой степени тяжести и у 12 больных средней степени тяжести анемии. Обследование включало подробный сбор анамнеза, данные объективного исследования, изучение показателей гемограммы, ретикулоцитогаммы, показателей обмена железа.

Результаты и их обсуждение: Сидеропенические синдромы среди больных с железодефицитной анемией тяжелой степени отмечались у 71,4%, среди больных с железодефицитной анемией средней степени тяжести у 28,6%. Больные принимали Ферретаб по 1 капсуле 1 раз в день за 40 минут до еды для купирования анемии в течении 8 недель. Исследование изучаемых показателей производилось в исходном состоянии, в процессе лечения и через месяц после лечения. Показатели ретикулоцитов исследовались каждые 5-7 дней. Антианемическая эффективность препарата ферретаб оценивалась на основании исчезновения анемических признаков (64,9%), приближения показателей гемоглобина к норме

и нормализации морфологии эритроцитов в 30,2% случаев. Клиническое улучшение состояния отмечалось к концу первой недели приема препарата. Особенно, сидеропенические синдромы уменьшились у 18 (64,3%), у 8 (28,6%) полностью исчезли. Такие признаки как снижение памяти, головная боль, головокружение, сонливость, невнимательность, быстрая утомляемость при чтении исчезли у 15 обследованных больных (57,7%), у 10 больных эти симптомы значительно уменьшились (38,5%). Также отмечены положительные сдвиги в лабораторных показателях (гемоглобин, сывороточное железо, морфология эритроцитов) крови. Например, общий гемоглобин крови поднялся от 88г/л до 106г/л, а количество сывороточного железа от 7-10 мкмоль/л до 10-14 мкмоль/л. Среди обследованных больных такие морфологические признаки железодефицитной анемии как микроцитоз, анизоцитоз, пойкилоцитоз у 37,5% уменьшились, а у 50% они полностью исчезли.

Выводы: Микрогранулы препарата Ферретаб, Ланнахер, Австрия (внутри капсулы) обеспечивают его пролонгированное действие, что позволяет применять препарат 1–2 раза в день. Существенным требованием к препаратам железа для приема внутрь является удобство их применения и хорошая переносимость, что позволяет обеспечить высокий уровень приверженности больного назначенному лечению. Ферретаб не оказывает неблагоприятного влияния на слизистую желудка, так как состоит из микрогранул, высвобождающихся в тонком кишечнике. Соль железа - фумарат - наиболее физиологична (всасывание, усвояемость, переносимость) из всех солей железа, применяемых в составе лекарственных препаратов железа. Содержание фолиевой кислоты стимулирует эритропоэз, увеличивая всасывание и утилизацию железа.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Воробьев П.А. Анемический синдром в клинической практике. // Ньюмед.-2001.- 165 с.
2. Ковалева Л.Г. Железодефицитные анемии // Врач. - 2003. - №1. - С.11-14.
3. Погорелов В.М., Козинец Г.И., Ковалева Л.Г. Лабораторно-клиническая диагностика анемий. - М.: МИА. - 2004. - 173 с.
4. Фарманкулов Х.К. Эпидемиология, оптимизация активного выявления и лечение железодефицитной анемии у женщин Узбекистана. Автореферат дис. докт. Ташкент. 1994.
5. Белошеский В.А. Железодефицит у взрослых, детей и беременных. – Воронеж. – 2000. – 121 с.
6. Бокарев И.Н., Кабаева Е.В., Пахина О.Е. Лечение и профилактика железодефицитной анемии в амбулаторной практике // Тер. архив. – 1998. – № 4. – С. 70 – 74. Джаббарова Ю.К. Профилактика и лечение железодефицитной анемии у беременных. – Ташкент. – 1990. – 98 с.
7. Железодефицитные анемии / Бахрамов С.М., Фарманкулов Х.К., Калменов Г.Т., Максумова Г.А., Осипова Л.А. и др. // Материалы республиканского семинара - совещания для главных врачей районов и областей. - Ташкент. - 1998. - С. 96 - 103.
8. Железодефицит - реальная опасность / Козинец Г.И., Левина А.А., Шмаров Д.А., Дягилева О.А. и др. // Русский медицинский журнал. - 2003. - Т. II. - С. 1 - 10.
9. Каландаров Д.К. Частота железодефицитных состояний в популяции характерной биогеохимической зоны юга Узбекистана // Сборник научных трудов научно-практической конференции, посвященной 80 - летию проф. В.Г. Михайлова. - Ташкент. - 2002. - С. 34 - 38.
10. DeMaeyer EM, Dallman P, Gurney JM et al. Preventing and controlling iron deficiency anemia through primary health care. 1889; Geneva, WHO.
8. Brock J, Halliday J et al. Iron Metabolism in Health and Disease. W.B.Saunders Company, 1994.
9. Medical Diagnosis and Treatment Edited by Steven A. Schroeder, 30-th edition, 1991, Appleton and Lange, California.

УДК 616 – 056. 52 – 085 – 089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ

Якимов С. И., Хилько Е. В., Ратко Е. А., Кочнева Е. А., Пермякова В. В., Телепень О. Б.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра хирургических болезней педиатрического факультета с курсом эндоскопии и эндохирургии*

Научные руководители: д.м.н., проф. Попов В. А., орд. Зюсюкина А. В.

Ожирение, как заболевание или как эстетическая проблема, давно тревожит врачей. Сложности, возникающие во время лечения больных с повышенной массой тела, уже не раз поднимались на конференциях федерального и международного уровня.

В работе проведенной нашим СНО мы попытались изучить основные проблемы, которые возникают у людей с ожирением, изучили патогенез и этиологию ожирения, причины нарушения липидного обмена, эндокринопатии, приводящие к ожирению и заболевания развивающиеся на фоне ожирения, а так же консервативные методы лечения, хирургическое лечение, основные его виды и этапы операций, их эффективность и жизнь пациентов после операции.

На сегодняшний день, мы знаем как, почему и из за чего приобретаются лишние килограммы. Но, среди множества факторов ведущим был и остается алиментарный фактор- это несоблюдение культуры питания (еда на ходу, не свежеприготовленная пища, пища из сомнительных заведений, высококалорийная fast – food), а так же, сидячий образ жизни, трудовая занятость, отсутствие ЗОЖ, употребление жирной и сладкой пищи, обеднение рациона фруктами и овощами (в связи с сибирскими условиями истинно полезные овощи и фрукты можно получить только в осенне-летний период). А самое главное то, что отказаться от такого образа жизни не так то просто. Но те, кто решаются на это (применяют различные диеты, занимаются спортом, делают косметические манипуляции) не всегда остаются довольны результатом. Не многие из них достигают идеального веса. (18 – 20 кг/м² в норме).

Что же делать? К какому врачу обратиться за помощью, как узнать : будет ли эффективен предложенный метод ? И не только эти вопросы задают люди, страдающие данной проблемой.

Хирургия, наиболее эффективный и надежный метод лечения ожирения. На сегодняшний день разработано много методов хирургического лечения ожирения. Такие как:

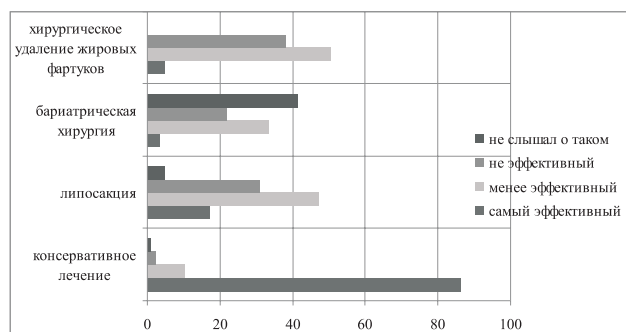
- Вертикальная гастропластика
- Гастрошунтирование
- Билиопанкреатическое шунтирование
- SAGB – шведский регулируемый желудочный бандаж
- Бариатрия
- Липосакция (вакуумная, лазерная)

В нашей работе мы постарались осветить все «за» и «против» хирургического и консервативного лечения. Их взаимосвязь и противодействие. Отношение самих врачей и пациентов к этим методам.

Мы думали, что страх возможных осложнений заставляет придерживаться консервативных методов лечения при ожирении, как самих пациентов, так и их лечащих врачей. И на основании этого решено было оценить ситуацию изнутри, проведя анкетирование среди врачей города Красноярск. Так как именно им приходится работать с такими пациентами, давать рекомендации, определять схему лечения избыточного веса. В анкетировании приняли участие 100 специалистов как хирургических, так и не хирургических специальностей, которым были предложены анкеты, основной вопрос которой звучал следующим образом: «Как вы оцениваете эффективность следующих методов лечения ожирения?», и предлагался следующий список методов: консервативное лечение, липосакция, бариатрическая хирургия, хирургическое удаление жировых фартуков. Оценка качества терапии оценивалось по следующей шкале: «+» - самый эффективный, «++» - эффективный, «-» - не эффективный, «\» - не слышал о таком. После обработки анкет мы получили довольно таки интересные результаты.

После проведенного изучения научной литературы, описаний работ, статей зарубежных и российских хирургов мы бы хотели заняться вопросом альтернатив и развития бариатрической хирургии в г. Красноярске и в Красноярском крае.

Отчет по анкетированию специалистов в вопросах методов лечения ожирения:



в анкетировании принимало участие 100 специалистов.

Вывод:

По данным опроса удалось сделать вывод, что большинство врачей, как хирургической, так и не хирургической специальности, поликлиник и больниц г. Красноярск остаются приверженцами консервативных принципов лечения ожирения.

О качестве и возможностях хирургического лечения вопрос до конца не ясен. Либо негативное отношение, либо некомпетентность специалистов в этом вопросе вызывает недоверие к хирургическим методам лечения.

Наиболее удивительным было то, что 50% гинекологов отдают предпочтение липосакции и удалению жировых фартуков хирургическим путем, что является наиболее травматичным и не всегда эффективным методом.

Что же касается бариатрической хирургии, то мы данным опросом оправдали свои предположения. Почти 50% врачей, всех специальностей, в том числе и хирурги, ответили следующим образом «НЕ СЛЫШАЛ О ТАКОМ», но они же не отрицают его эффективность после пояснения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Батурова С.А., Плохая А.А. Лечение ожирения: современные аспекты// РМЖ 2001 С. 6 – 9.
2. Батурова С.А. Метаболический синдром: патогенез, клиника, диагностика, подходы к лечению// РМЖ 2001. С. 56 -60
3. Дедов И.И., Батурова С.А., Савельева Л.В. Обучение больных ожирением. Программа М, 2001. С. 1 – 52
4. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Ожирение // МИА. Москва с 378 – 405
5. Белякова Н. А., Мазурова В.И. Ожирение//СПБМАО - С- Петербург. 2003. С. 28 – 66, 112 – 154.
6. Яшков В.И. О хирургических методах лечения ожирения// 2004. Электронный вариант книги.

УДК 599.323.4:616.831.71:613.84

ХАРАКТЕРИСТИКА НЕЙРОНОВ ГАНГЛИОЗНОГО СЛОЯ МОЗЖЕЧКА МОЛОДЫХ КРЫС ПРИ ДЕЙСТВИИ ПАССИВНОГО КУРЕНИЯ

Якушевич В. В., Кузнецов В. А.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра биологии с экологией и курсом фармакогнозии

Научный руководитель: асс. Чижова С. В.

Актуальность данной работы связана с изучением структурных и метаболических процессов, лежащих в основе нормальной жизнедеятельности мозга и компенсаторно-приспособительных изменений, возникающих в структурах нервной системы под воздействием различных факторов [3, 5]. В настоящее время повышенный интерес к изучению структурных перестроек на всех уровнях организации нервной системы у человека связано с влиянием пассивного курения. Имеющиеся данные литературы указывают на влияние компонентов табачного дыма на функциональную деятельность ЦНС, в частности отмечено влияние табачного дыма на снижение интеллектуальных способностей детей [3, 7].

Среди нейронных слоев мозжечка ганглиозный слой представляет большой интерес для изучения экзогенных воздействий и в частности влияния на него пассивного курения, так как эфферентные выходы из коры мозжечка созданы аксонами клеток Пуркинье, заканчивающимися на клетках подкорковых ядер мозжечка. Из аксонов клеток ядер мозжечка формируются эфференты мозжечка, связывающие его с другими отделами ЦНС [4, 1, 7]. Ганглиозный слой образован крупными грушевидными клетками Пуркинье, филогенетически самыми молодыми нейронами коры, имеющими мощное, сильно ветвящееся дендритное дерево в молекулярном слое [2].

Цель исследования состояла в изучении состояния субпопуляций нейронов ганглиозного слоя мозжечка у самцов молодых крыс при действии пассивного курения.

В эксперименте использовали молодых беспородных белых крыс (самцов) массой 110-130г. Выделили 2 группы: 1 – контрольная, 2 – экспериментальная. Животных экспериментальной группы помещали в камеру для окуривания, где моделировалась ситуация, приближенная к обстановке на ночных дискотеках, где разрешено курение и имеется элементарная вентиляция. В камеру осуществлялся непрерывный приток воздуха и одновременно дымилась сигарета, наполняя камеру табачным дымом. Окуривание экспериментальных животных осуществлялось сигаретами «Винстон» сочетая легкую и тяжелую марки в течение 12 часов. После эксперимента декапитацию животных проводили при действии воздушно-эфирного наркоза в соответствии с требованиями о гуманном обращении с животными (Материалы Конвенции от 1985г). Фиксацию мозжечка производили в жидкости Карнуа и затем заливали в парафин. Парафиновые срезы окрашивали кризильным фиолетовым по Викторову. Характер реакции нервных клеток на действие табачного дыма анализировали по подсчету числа нейронов с различной степенью хромофилии их цитоплазмы. Выделяли клетки, соответствующие нормальному функционированию (нормохромные, гиперхромные и гипохромные), нейроны в пограничном состоянии (тотально-гиперхромные) и нейроны с нарушением структуры и функции (с выраженным хроматолизом – «клетки-тени» и сморщенные клетки). А также при микроскопическом изучении препаратов вычисляли общую плотность распределения клеток Пуркинье на 1 мм длины верхней части извилины.

Для статистической обработки материала использовали Т - критерий Стьюдента.

По результатам проведенного исследования нами выявлена следующая картина.

Подсчет нейронов с различной степенью хромофилии их цитоплазмы в ганглиозном слое коры мозжечка контрольной группы животных показал неярко выраженную полиморфную картину: преобладали нейроны нормохромные, варьируя в пределах 75-80%; на долю нейронов, работающих в более активном режиме – гипохромных приходился незначительный процент клеток Пуркинье в популяции (7%), а нейронов в менее активном состоянии, чем нормохромные (заторможенном) – 12%. Единичными были тотально-гиперхромные и сморщенные клетки.

В опытной группе после пассивного курения происходит существенное перераспределение клеток Пуркинье в популяции: большая часть нейронов ганглиозного слоя мозжечка перешла в гиперхромное состояние (60%), появляется значительное число нейронов в пограничном состоянии – тотально-гиперхромные (15%), часто встречаются клетки Пуркинье, переходящие в сморщенное состояние – погибающие (5%). Такая реакция явно указывает на существенную силу воздействующего фактора и включение организмом компенсаторных механизмов на уровне клеточных популяций.

О воздействии экзогенного фактора указывает и резкое разрежение клеточных популяций ганглиозного слоя (контроль: $30 \pm 0,5$; опыт: $15 \pm 0,2$, $P < 0,001$), вероятно, данная картина связана с гибелью части клеток.

Таким образом, однократное воздействие в течение 12 часов пассивного курения приводит к существенным изменениям функционирования одних из важнейших нейронов головного мозга – клеток Пуркинье, о чем констатирует реакция вещества Ниссля, являющегося индикатором для оценки состояния нейронов в физиологических условиях нормы и при различного характера воздействиях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андреева Н.Г., Обухов Д.К. Эволюционная морфология нервной системы позвоночных. – 2-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Лань, 1999. -384с.
2. Антонова А.М. К вопросу о классификации нейронов коры мозжечка // Арх. анатомии, гистологии и эмбриологии. - 1969.- №5.- С. 6-16.
3. Горбунова О. Б. Роль никотиновых холинорецепторов в формировании современной зависимости от никотина и этанола //журн. Успехи современной биологии. – 2005. – Т. 125, № 1. – с.91-103.
4. Закономерности проявления морфоцитохимических показателей на уровне популяций функционально различных нейронов в филогенезе позвоночных животных / Орлянская Т.Я. // Сб.ст. Структурно-функциональные и нейрохимические закономерности асимметрии и пластичности мозга. М.: Из-во Икар, 2005, с. 211-216.
5. Надеждина А. В. Неотложные наркологические состояния у несовершеннолетних / А. В. Надеждина, Д. А. Гусаров, И. В. Михайлов // журн. Наркология. – 2005. - № 1. – с. 52-55.
6. Платонов А.Е. Статистический анализ в медицине и биологии. – М.: Из-во РАМН, 2005. – 51с.
7. Самойлов О.М., Мокрушина А.А. Роль объемной передачи адаптивных сигналов в формировании приспособительной реакции мозга / Рос. физиол. журн. – 1999. – Т. 85, №1. – с. 4-20.

ББК 74:26.89 (ЧГ)

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ В ГЕРМАНИИ

Янчишина Я. Я.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра латинского и иностранных языков*

Научный руководитель: преп. Новикова С. И.

С каждым годом все больше и больше студентов участвуют в программе обмена с зарубежными ВУЗами. В этой программе участвуют ВУЗы, подготавливающие специалистов разных направлений. Одним из важнейших направлений является медицина. Проблема охраны здоровья является актуальной в каждой стране. Одной из основных стран - партнеров является Германия. У выпускников-иностранцев медицинских факультетов неплохие шансы остаться работать в Германии. В Германии, особенно в новых федеральных землях, наблюдается острая нехватка врачей и медперсонала. Если у выпускника – иностранца медицинского факультета, решившего работать в ФРГ, не возникнет преграды в лице чиновника из ведомства по делам иностранцев, то он будет иметь все шансы на трудоустройство в Германии.

В ФРГ студенты получают медицинское образование за шесть лет обучения в ВУЗе. Но, большинство учатся гораздо дольше. Поскольку учеба в вузах Германии начинается позже, чем в странах СНГ, то средний возраст выпускников медицинских вузов - около 30 лет. Большинство студентов-медиков начинают работать над диссертацией уже во время учебы, т.к. потом будет очень трудно совмещать работу в больнице и написание диссертации. В Германии существуют следующие типы кандидатских работ: экспериментальная (в основном, это работа в лабораториях и для этого необходимо брать несколько свободных семестров), статистическая (просто обработка неких данных), а также клиническая кандидатская (опрос пациентов, чтение их актов).

Несмотря на очень серьезные экзамены, у студента-медика из СНГ, есть время и возможность подрабатывать во время учебы. Несложно устроиться подрабатывать помощником медсестры, например, в ту же университетскую клинику.

Медицинское образование в Германии подразделяется на два вида: общая медицина и стоматология. Фармацевтика изучается как отдельное направление. Отличительной чертой медицинского образования в Германии является преподавание наряду с необходимыми для медиков предметами, также и микро - экономики, технологии управления предприятием, делопроизводства. Это объясняется тем, что медицинское обслуживание в ФРГ официально платное и многие врачи ведут частную практику, т.е. собственное дело. Следовательно, выпускники медицинских факультетов должны иметь представление в областях, которые помогут молодым врачам открыть собственную клинику или практику.

В число выпускников медицинского вуза в ФРГ входят также иностранные студенты - контингентные беженцы и поздние переселенцы, имеющие полное или незаконченное медицинское образование и желание получить немецкий диплом врача.

Проучившись в российском медицинском ВУЗе, интерны приезжают в Германию в статусе беженца, переселенца или просто со студенческой визой. Возможно, закончившие ВУЗ, прошедшие интернатуру, со стажем в клинике, и даже прошедшие ряд специализаций. Возможно также, что после окончания института ушли из медицины – или же эмигрировали, еще будучи студентом. Алгоритм действий для желающих получить немецкий диплом врача всё равно более-менее схож. Необходимо подтвердить свое медицинское образование, сдать экзамен по немецкому языку, на какое-то время снова стать студентом-медиком, чтобы потом сдать государственный экзамен по медицине и таким образом получить высшее медицинское образование в Германии.

Первые шаги – подтверждение диплома. По приезду нужно пройти полугодовые языковые курсы. Нужен хороший переводчик, а также заверенные переводы всех дипломов, трудовой книжки, свидетельства о школьном образовании и прочих документов. Переводы, сделанные в странах бывшего СССР, здесь не котируются. Переводчика могут порекомендовать как социальные работники на языковых курсах, так и сами преподаватели. Подтверждением медицинских дипломов иностранцев по всей Германии теперь занимается ведомство, находящееся в Дюссельдорфе. Из Дюссельдорфа документы направляются на рассмотрение в Бонн. Через некоторое время (от месяца и больше) из Дюссельдорфа придет ответ и будет возвращена часть документов. В настоящее время диплом врача, полностью не подтверждается. В ответе будет сказано, что вам подтверждают часть образования, соответствующего германским 10-ти семестрам и 2-м государственным экзаменам. Иными словами, эта бумага дает право подавать документы в университет на факультет медицины сразу на 11-ый семестр! Гарантии на прием в университет она не дает – лишь возможность. А людям, получившим медицинское образование в Казахстане, подтверждают лишь 2 года (4 семестра).

Второй шаг - подача документов в университет. После получения ответа из Дюссельдорфа необходимо сразу подавать документы в университет, даже если языковые курсы еще не закончились и знания немецкого еще очень бедны. В Германии выбор ВУЗов, где можно изучать медицину, достаточно велик: Charité, Medical Faculty, Humboldt University Berlin; Universitätsklinikum Benjamin Franklin, Berlin; Ruhr-Universität Bochum – Fakultät für Medizin; University of Cologne – Faculty of Medicine; University of Bonn – Medical Center; Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf; Medizinische Fakultät, Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg; Fachbereich Medizin, Johann Wolfgang Goethe Universität Frankfurt am Main; Universität Essen; Medizinische Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg; University Giessen; Medizinische Fakultät Uni Göttingen; Faculty of Medicine, Ernst-Moritz-Arndt University of Greifswald; Medizinische Fakultät, Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg; Universität Hamburg; Medizinische Hochschule Hannover; University of Heidelberg Medical School; Medizinische Fakultät, Christian-Albrechts-Universität Kiel; Medizinische Fakultät Otto-von-Guericke Universität Magdeburg; University of Leipzig Faculty of Medicine; Medizinische Universität Lübeck; Universität Mainz; Philipps-Universität Marburg – Fachbereich Humanmedizin und Klinikum; Faculty of Medicine, Ludwig-Maximilians-University Munich; Münster University Medical School MedWeb Münster; Universität Regensburg; Medizinische Fakultät, Universität Rostock; Saarland University Hospital – Faculty of Medicine; Universität Tübingen; Medizinische Fakultät, Universität Ulm; Medizinische Fakultät der Universität Würzburg.

Если ВУЗ находится не далеко, то туда нужно будет написать или позвонить. Для этого нужно подключить преподавателей или социальных работников. При каждом университете есть отдел, занимающийся иностранными студентами – Ausländeramt. Координаты любого из них можно легко найти в Интернете. Люди, работающие там, обычно очень хорошо говорят по-английски, так что общение с ними не вызывает затруднений. Ответ из университета можно получить как по обычной почте, так и через Интернет. Так или иначе, присылают анкету и перечень документов, который очень схож с “дюссельдорфским набором”, только одним из важных вложений теперь будет и Anrechnungsbescheid (Landesprüfungsamt für Medizin und Pharmazie, Düsseldorf) – бумага из Дюссельдорфа. Университеты также требуют доказательства платежеспособности студента, т. е. источник финансирования во время учебы. Этот вопрос выясняют отдельно. При определенных условиях (возраст до 30-ти лет, проживание родителей в другом городе) возможна выплата денег от Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAFöG), известны случаи выплаты социальной помощи, хотя студенты обычно денег от Sozialamt’a не получают. Всё зависит от конкретной ситуации. Помощь в ответе на этот вопрос можно искать в Ausländeramt’e при университете, Sozialamt’e, Arbeitsamt’e. Можно подавать документы в несколько университетов одновременно, увеличивая тем самым свои шансы на поступление. Документы на зимний семестр обычно подаются до 15 октября, а на летний – до 15 января. Если вопрос о поступлении решится положительно, о чем сообщат в ответном письме, то, прежде всего, приглашают написать тест, который позволит определить, достаточен ли уровень знания немецкого языка для того, чтобы обучаться в университете. Обучение в Германии бесплатное, но одним из обязательных условий является знание языка, которое нужно доказать. Это можно сделать, предъявив диплом или сертификат на знание языка.

Таким образом, образование в Германии является достаточно доступным для наших студентов. Выгодность образования проявляется не только в обмене опытом, но и в реализации международных проектов. В последние годы явно наметилась тенденция к увеличению количества студентов, отправляемых на окончание образования за границу.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. www.yorkstudy.ru
2. www.euro-education.ru
3. www.emigration.russie.ru
4. www.medicum.nnov.ru
5. www.intelstudy.ru

СОДЕРЖАНИЕ

Абарникова О. В. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ	8
Авлохова С. Р. ЛЕЧЕНИЕ НЕСРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ И ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ЛАДЬЕВИДНОЙ КОСТИ МЕТОДОМ ДИСТРАКЦИИ	9
Авлохова С. Р. АНТИОКСИДАНТНЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I И II ТИПА	10
Аксютенко А. Н., Шурко К. С., Семенова О. В., Крекотин Л. В. ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМЕ ПЕЧЕНИ	11
Аксютенко А. Н., Харибян Ж. А., Денисова А. Б., Крекотин Л. В. ПРОЛОНГИРОВАННЫЙ ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫЙ ТРАНСМЕМБРАНЫЙ ДИАЛИЗ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА	13
Александрова М. А. ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ HELICOBACTER PYLORI-АССОЦИИРОВАННОГО ГАСТРИТА КУЛЬТИ ЖЕЛУДКА	14
Андрианова Е. В. ПОКАЗАТЕЛИ БУЛЬБАРНОЙ БИОМИКРОСКОПИИ У БОЛЬНЫХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ II, III СТАДИЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	15
Аникина Е. А. КАТАЛИТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ИЗОФЕРМЕНТОВ КРЕАТИНКИНАЗЫ В УСЛОВИЯХ МОДЕЛИРОВАНИЯ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА	17
Анисимова И. В. АНАЛИЗ ПОТРЕБНОСТИ В ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЖИТЕЛЕЙ СОВЕТСКОГО РАЙОНА ГОРОДА КРАСНОЯРСК	19
Анохина А. М., Курбанов Д. Ш. ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	21
Антюфьева Д. А. ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ИНТЕГРАЛЬНЫХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА	22
Анциферова Е. В. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	24
Анциферова Е. В. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОБИОТИКА «ЭНТЕРОЛ» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ	26
Арабян Т. С., Сафронова О. С. НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ СРЕДСТВ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ НА ПРОЦЕСС РАЗВИТИЯ И ПОЗНАНИЯ	28
Арабян Т. С., Ильясова Р. Р., Кость М. И., Пенкина Т. С. КУРЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ	29
Арапова В. А., Гуликян Г. Н., Мкртычян Б. Т., Беляев В. С., Рендашкин И. В. ПРИМЕНЕНИЕ КОЛЛАГЕН-ХИТОЗАНОВОГО РАНЕВОГО ПОКРЫТИЯ С КУЛЬТУРОЙ ИМПЛАНТИРОВАННЫХ ЭМБРИОНАЛЬНЫХ ФИБРОБЛАСТОВ ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВОЙ ТРАВМЫ	30
Арапова В. А., Гуликян Г. Н., Мкртычян Б. Т., Карнаухов Д. И. СОЗДАНИЕ НОВЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ИЗУЧЕНИИ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ	32
Арапова В. А., Гуликян Г. Н., Мкртычян Б. Т. КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ И КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ КОЖИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕДИЦИНСКОГО ЛАЗЕРА	33
Арапова В. А., Гуликян Г. Н., Мкртычян Б. Т. ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕМАТОГЕННО-ДИССЕМИНИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ ПО ПРАВОБЕРЕЖЬЮ Г. КРАСНОЯРСКА ЗА 2006–2008 ГГ.	34
Арапова В. А., Гуликян Г. Н., Мкртычян Б. Т. ПРИМЕНЕНИЕ МАЗИ. СОДЕРЖАЩЕЙ СПИРТОВЫЙ ЭКСТРАКТ ИЗ ПЛОДОВЫХ ТЕЛ ТРУТОВИКА ЛЕКАРСТВЕННОГО (FOMITORPIS OFFICINALIS), ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВОЙ ТРАВМЫ	36
Ахмедова М. О., Баращук О. А., Золотухина В. М., Янкевич А. Н. НУЖДАЕМОСТЬ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ПРИМЕРЕ ГОРодОВ МИНУСИНСК, АРТЕМОВСК, КОДИНСК, РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ (УЛАН-УДЭ), РЕСПУБЛИКИ ХАКАСИЯ (АБАКАН), РЕСПУБЛИКИ ТЫВА (КЫЗЫЛ)	37

Ахмедова М. О., Барашук О. А., Золотухина В. М., Янкевич А. Н. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ НА ПРИМЕРЕ ГОРОДОВ МИНУСИНСК, АРТЕМОВСК, КОДИНСК, РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ (УЛАН-УДЭ), РЕСПУБЛИКИ ХАКАСИЯ (АБАКАН), РЕСПУБЛИКИ ТЫВА (КЫЗЫЛ)	39
Аишурова Н. Г., Намозова Х. Ж., Бабажанова З. Х. ВЗГЛЯДЫ В ТРУДАХ ВЫДАЮЩЕГОСЯ УЧЕНОГО АВИЦЕННЫ В ОБЛАСТИ АКУШЕРСТВА	41
Бабаджанян А. М. ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ О БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВАХ	43
Бабич Н. С., Донская Е. В., Хало И. В. ВСТРЕЧАЕМОСТЬ HELICOBACTER PYLORI ПРИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА	45
Бабич Н. С., Донская Е. В. ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОСВЕЩЕННОСТИ РАБОЧИХ МЕСТ СТУДЕНТОВ В УЧЕБНОЙ АУДИТОРИИ КРАСГМУ	46
Базун Д. В., Коновалова К. А. КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И СОСТОЯНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ, ПОСЕЩАЮЩИХ ДОШКОЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ	48
Базина А. С., Карнаухова Д. И. ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ В Г. КРАСНОЯРСКЕ И КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ ЗА 2006 ГОД	49
Байрамова К. Э., Хамраева Э. Х., Хисматулина З. Г. ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА	52
Байрашева В. К., Дудниченко Ж. Г. НЕЖЕЛАТЕЛЬНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ У ЮНЫХ ЖЕНЩИН НА ФОНЕ НЕПРАВИЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ	53
Балханов З. В., Тогошеев А. В., Розова Л. Е., Серова Е. В., Халова Е. И., Шромова И. В. РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ МИКРОФЛОРЫ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ У БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА	55
Банникова Е. В. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВСПЫШЕК САЛЬМОНЕЛЛЕЗА НА ТЕРРИТОРИИ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ	57
Барон Е. А. ИЗУЧЕНИЕ ЯВЛЕНИЯ ГИПОХОЛЕСТЕРИНЕМИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА НАНОАЛМАЗОВ	59
Бахарева Н. И., Логачева Н. С. ХАРАКТЕРИСТИКА СОСУДИСТОГО КОМПОНЕНТА ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭНДОМЕТРИТЕ У ЖЕНЩИН С ПЕРВИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ	61
Бахвалова Н. А., Виноградова Н. М., Джафарова Э. С. ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛИЗМА И ТАБАКОКУРЕНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ИСХОД РОДОВ	62
Бахронова И. О., Бахронова Г. Р. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ СКРИНИНГ-АНКЕТИРОВАНИЕ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ЮНОШЕЙ И ПОДРОСТКОВ	65
Бахтин И. С. ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ПРОФИЛЯ АКТИВНОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА РЕПЕРТУАР КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ И ЗАЩИТНЫХ МЕХАНИЗМОВ ЛИЧНОСТИ	66
Бахтина Ж. А., Кин Н. В. ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ УЧАЩИХСЯ И ИХ МОТИВАЦИИ К УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	68
Беззаботнова Е. Б. ПРИМЕНЕНИЕ ДЕРМОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПИГМЕНТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ КОЖИ	70
Белоглазова А. В., Казаковцева Ю. А., Морозова Е. В. ТЕНДЕНЦИЯ ИЗМЕНЕНИЯ ФОРМЫ ЧЕРЕПА НА ТЕРРИТОРИИ ПЕРМСКОЙ ОБЛАСТИ	71
Белоголова О. В., Золотухина В. М., Кругом С. В., Мурадова С. Б., Стешик В. В. ВЛИЯНИЕ НАНОАЛМАЗОВ НА МИКРООРГАНИЗМЫ	74
Белодедова А. С. СПОСОБ СОЗДАНИЯ МЕДИА-ПРИЛОЖЕНИЯ К КУРСУ «АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА»	75
Белоусова Е. А. ФАРМАКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ НОМЕНКЛАТУРЫ РЕЗЕРВА МЕДИЦИНСКОГО ИМУЩЕСТВА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ДЛЯ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ	77
Бельдягина М. М., Сайпеев К. А., Власова М. И. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО НИЗКОУСАДОЧНОГО МИКРОГИБРИДНОГО КОМПОЗИЦИОННОГО МАТЕРИАЛА FILTEK SILORANE ДЛЯ РЕСТАВРАЦИИ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ	77

Бельдягина М. И., Сайпеев К. А., Власова М. И., Димитрова Ю. В. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИОДНОГО ЛАЗЕРА	79
Бельдягина М. М., Сайпеев К. А. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПАСТ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	81
Бельдягина М. М., Мачульская Д. В., Сайпеев К. А. КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ОРТОДОНТИЧЕСКОГО И ОБЩЕГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ШКОЛЬНИКОВ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ, ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С СОСТОЯНИЕМ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ.....	84
Блохин Ф. К. ИЗУЧЕНИЕ ИНФОРМАТИВНОСТИ МЕТОДИКИ ИНДУЦИРОВАННОЙ ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНЦИИ НА ПРИМЕРЕ ВЛИЯНИЯ КУРЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО СТАТУСА МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ЗДОРОВЫХ СТУДЕНТОВ НГМА.....	87
Богатырев Д. В., Богданова О. С., Фоменко О. Н., Чертановская Ю. С. ОСОБЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЁННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ ЮНЫХ МАТЕРЕЙ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ № 1 Г. КРАСНОЯРСКА	87
Богатюк Л. В. РАЗВИТИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ В ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ.....	89
Богданова О. С., Фоменко О. Н. ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПОСТГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИОННОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ	91
Бойко Е. А. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ	94
Бойко А. А. СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ЭНДОТОКСИКОЗА И УРОВНЯ МИОГЛОБИНА СЫВОРОТКИ КРОВИ.....	95
Бойкова Н. А., Евмененко А. М. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ И Г. КРАСНОЯРСКЕ ЗА 2005–2007 ГГ.	98
Бойцова Е. Б., Хамраева Э. Х. ИСТОРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ О НАСЕЛЕНИИ ГОРОДА КРАСНОЯРСКА XVIII–XIX ВЕКОВ (ПЕРИОД ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ВСЕХСВЯТСКОГО НЕКРОПОЛЯ)	100
Болотова А. Г. ЕЩЁ РАЗ О ВЕРЕ, О ПОДЛИННОСТИ, О СЕБЕ	102
Болсуновская Д. А. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ РОССИИ.....	103
Бондаренко С. А., Шаломай Е. В. ДЛИТЕЛЬНАЯ ВНУТРИОПОРТАЛЬНАЯ ИНФУЗИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ОСТРОГО ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА.....	103
Борисова О. И., Чуйков М. А., Якимова С. И. АНАЛИЗ РАННИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕРЕЗМЫШЦЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ.....	105
Борщева Ю. С., Смбалян А. С., Пабст С. А., Шаткова Е. А., Лысенко М. В. ПЕРСПЕКТИВЫ ЛОКАЛЬНОЙ ИСКУССТВЕННОЙ ГИПЕРТЕРМИИ ГЛАЗА.....	107
Борщева Ю. С. КРИМИНАЛЬНЫЕ ТРАВМЫ ГЛАЗ У ВЗРОСЛЫХ В Г. КРАСНОЯРСКЕ.....	108
Бочарова А. С., Лабенская О. К., Чанчикова У. В. ВЗАИМОСВЯЗЬ ГРУППЫ КРОВИ С ТЕМПЕРАМЕНТОМ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ	109
Бриток В. А. ОБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ ДЛЯ ВЫБОРА РАЦИОНАЛЬНОЙ ТАКТИКИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ	111
Брюханова П. А., Красавина Е. Ю. КОМБИНИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МЕКСИДОЛА И ДАЛАРГИНА В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ.....	112
Брюханова П. А., Ершова Н. И., Красавина Е. Ю., Рязанова С. А., Сондуев Э. Л. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В РЕАЛИЗАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА СЕМЕЙ Г. КРАСНОЯРСКА	115
Брюханова А. А., Масленникова С. А. МОРФОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ И Г. КРАСНОЯРСКЕ 2005–2007 ГГ.....	116

Брюханова А. А., Масленникова С. А. ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ И Г. КРАСНОЯРСКЕ 2005–2007 ГГ.....	118
Брюханова А. А., Масленникова С. А. ВЛИЯНИЕ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ НА РАЗВИТИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	120
Бугрий А. В. ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ СТРОМАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ. ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ И РЕСПУБЛИКЕ ТЫВА	121
Буйвало Т. А., Морозкина А. А. ПАМЯТИ ПОЧЕТНОГО ПРОФЕССОРА КРАСГМУ ВЕРЫ АЛЕКСАНДРОВНЫ ОПАЛЕВОЙ-СТЕГАНЦЕВОЙ	123
Буйвало Т. А., Морозкина А. А. СТАРЧЕСКИЙ АОРТАЛЬНЫЙ АМИЛОИДОЗ.....	124
Букова Т. В., Хохлова О. И. КАЧЕСТВЕННЫЕ И КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДНК ПРИ HLA – ГЕНОТИПИРОВАНИИ.....	126
Бурдакова А. И. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ С ФОТОКОМПОЗИТАМИ В УСЛОВИЯХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СТУДЕНЧЕСКОГО ПРИЕМА.....	128
Бурдин В. Н., Мотов И. В. МЕДИКО-ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕРЕРАБОТКИ ЗОЛОТОСОДЕРЖАЩЕГО МИНЕРАЛЬНОГО СЫРЬЯ	129
Бурдин В. Н., Мотов И. В., Лысенко М. В., Фокина А. А., Никишина А. В. ДЕСИНХРОНОЗ В ПАТОГЕНЕЗЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	131
Бухаев Ж. А., Мяханов В. В. ВЛИЯНИЕ РАСТИТЕЛЬНОГО НООТРОПНОГО СРЕДСТВА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА БГУ	133
Быкова А. С., Полянская Я. Д. ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО ФОНА И МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА ПРИ МНОЖЕСТВЕННОМ КАРИЕСЕ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	136
Ваземиллер О. А., Попова Е. Н. ВЗАИМОЗАВИСИМОСТЬ МОТИВАЦИИ ОТ УСПЕВАЕМОСТИ СТУДЕНТА	137
Ваземиллер О. А. ЗНАЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДЕТЕЙ ИЗ НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ СЕМЕЙ	139
Ваземиллер О. А., Попова Е. Н. ПРАВОСОЗНАНИЕ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ	141
Валякис Д. А. АБДОМИНАЛЬНЫЙ КОМПАРТМЕНТ СИНДРОМ ПРИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	143
Ваневская Е. А., Шумейко К. Н., Светлакова Е. Н. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИОДНОГО ЛАЗЕРА SIROLASER В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА	144
Вардугина К. С., Витренко М. А. РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОРОКОВ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА	146
Василевич Е. А., Худовцова А. В. ДОЛГОЛЕТИЕ КАК СОЦИОКУЛЬТУРНЫЙ ФЕНОМЕН	147
Васильева А. А. РАСПРОСТРАНЕНИЕ БЕСХВОСТЫХ ЗЕМНОВОДНЫХ НА ТЕРРИТОРИИ ЮЖНОЙ ЧАСТИ СРЕДНЕЙ СИБИРИ	149
Васильева В. А. ТИПОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МОДАЛЬНОСТИ, ЕЕ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ЛАТЕРАЛЬНОСТЬЮ МОЗГА И СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОДАЛЬНОСТЕЙ ПО ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ ЛИЧНОСТИ	151
Ведмедь А. А., Бацунина О. В. ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ, РАННЕГО ДЕТСТВА.....	153
Верушкина А. С. ПОПУЛЯЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ Г. УЛЬЯНОВСКА И УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	154
Владимиренко Е. Н. МАРКЕТИНГОВЫЙ АНАЛИЗ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОЙ КОРЗИНЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ.....	156

Власова М. И. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА РАЗЛИЧНЫХ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПРИШЕЕЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ	158
Волкова А. В., Кибальчич А. И., Кельберг В. Г. ИЗМЕНЕНИЕ В КОЖЕ КРЫС УРОВНЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО БЕНЗОДИАЗЕПИНОВОГО РЕЦЕПТОРА И ОКСИДА АЗОТА ПРИ ДЕЙСТВИИ УФ-ИЗЛУЧЕНИЕМ	159
Володина К. А., Бендера В. А. ЭКСПРЕССИЯ РЕЦЕПТОРОВ ЭСТРОГЕНОВ И ПРОГЕСТЕРОНА В ЭНДОМЕТРИИ ЖЕНЩИН С ПЕРВИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ ПРИ ГИДРОСАЛЬПИНКСЕ	160
Володина К. А., Грудина К. И., Карнаухов Д. И., Попова Е. А., Силантьева О. Ю. ИЗУЧЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИХ И ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ НАНОЧАСТИЦ (ФУЛЛЕРЕНОВ) ДЛЯ ОЦЕНКИ ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КАК НОВОГО МАТЕРИАЛА МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ	163
Воронов М. И. ВЛИЯНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ФОРМ ОБУЧЕНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ У УЧАЩИХСЯ ГИМНАЗИИ	164
Втюрина С. С. АНГЛИЙСКИЕ ЗАИМСТВОВАНИЯ В НЕМЕЦКОМ ЯЗЫКЕ	166
Вырва А. А., Попков А. А. ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ: КЛИНИКА, ВЫЯВЛЕНИЕ, ТЕЧЕНИЕ	168
Вырва А. А., Попков А. А. КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ И ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ СМЕШАННОГО ГЕНЕЗА	169
Гаврилова Ю. В., Андрианова Г. Н. ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ	170
Газенкамф К. А. КУЛЬТУРА И БЫТ НЕМЦЕВ В СИБИРИ	171
Галайдова Е. Н. ИЗУЧЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ПЛЕНЧАТЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ НА ОСНОВЕ ПОЛИОКСИАЛКАНОАТОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	172
Галиева В. Г., Игнатьева В. С., Приказчикова И. В., Шюкюрова Г. А., Золотухина В. М. О МЕТОДАХ ОЧИЩЕНИЯ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ	174
Ганисик А. В. ВЛИЯНИЕ ЛОКАЛЬНОЙ ЭСТРОГЕНОТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ ПЕРИОД НА СОСТОЯНИЕ ДЕСНЫ И СРОКИ АДАПТАЦИИ К СЪЕМНЫМ ПЛАСТИНОЧНЫМ ПРОТЕЗАМ	175
Глушкова И. С. ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ С ВВЕДЕНИЕМ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ»	177
Говорина Ю. Б. АНАЛИЗ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕЙРОНОВ СПИННОГО МОЗГА МОЛОДЫХ ЖИВОТНЫХ ПОСЛЕ ОСТРОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ЛЕГКИМИ АЛКОГОЛЬНЫМИ НАПИТКАМИ	179
Головачев С. В., Сааданбекова А. Д., Макимбетов Э. К., Макиева К., Умарова С. И. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РЕДКИХ ФОРМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЖЕНСКИХ ГЕНИТАЛИЙ В КЫРГЫЗСТАНЕ	180
Голофаев Д. О., Мамрукова О. В., Сколпень О. Е. УСТРОЙСТВО СКАНИРУЮЩЕГО ЗОНДОВОГО МИКРОСКОПА	182
Голубчикова М. В., Ковалев М. И. РОЛЬ СКРИНИНГ-ДИАГНОСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА	183
Гомбоева А. С. РОЛЬ НЕВРОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ В ФОРМИРОВАНИИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	184
Горбунова С. А., Прокушева Т. Г. МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ (ДПК) ПОСЛЕ ЗАШИВАНИЯ ПРОБОДНОЙ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ	186
Горбунова Е. А., Денисова Н. Н. ОЦЕНКА ДОСТУПНОСТИ ПРОТИВОКАШЛЕВЫХ ФИТОПРЕПАРАТОВ ПОТРЕБИТЕЛЯМИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА Г. КУРСКА	187
Гордеева А. В. ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ	189

Гормашова Е. В., Юшманова Н. А. ПАТОМОРФОЛОГИЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ГУБЫ И РОТОВОЙ ПОЛОСТИ.....	190
Гормашова Е. В., Юшманова Н. А., Бахтурина Д. О. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ФАКТОРЫ РИСКА И ПАТОМОРФОЛОГИЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ГУБЫ И РОТОВОЙ ПОЛОСТИ.....	192
Городецкая И. В., Корневская Н. А. ПОВЫШЕНИЕ ТИРЕОИДНЫМИ ГОРМОНАМИ ОБЩЕЙ УСТОЙЧИВОСТИ ОРГАНИЗМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ СТРЕССЕ	194
Городецкая И. В., Корневская Н. А. ПОВЫШЕНИЕ ТИРЕОИДНЫМИ ГОРМОНАМИ КИСЛОТОУСТОЙЧИВОСТИ ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ СТРЕССЕ	196
Горшкова Е. С., Баженова Ю. Л., Хомченков Р. В., Масолова О. А. ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ У КУРЯЩИХ И НЕКУРЯЩИХ СТУДЕНТОВ КРАСГМУ	197
Графова Е. Д. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИТОЭСТРОГЕННОГО ПРЕПАРАТА КЛИМАДИНОН® ПРИ ЛЕЧЕНИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ	199
Гребенищikov В. П., Казаков Е. А. ВЛИЯНИЕ АНТРОПОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА ХВОЮ СОСНЫ ОБЫКНОВЕННОЙ (PINUS SYLVESTRIS L.)	201
Грицаева Е. А., Рожнецова О. В. ФАКТОРЫ РИСКА И ВОЗМОЖНЫЕ ИСХОДЫ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.....	202
Грудина К. И., Позднякова Л. А. НЕКОТОРЫЕ КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И ПРОБЛЕМА СНА У БОЛЬНЫХ С КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	203
Давиденко Е. Ю. ДВА СЛУЧАЯ ЛЕЙШМАНИОЗА КОЖИ У ПРИЕЗЖИХ ИЗ СРЕДНЕЙ АЗИИ	204
Давиденко Е. Ю. КРЕМ-ПЕНА «АЛЛПРЕССАН» В ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА	205
Давыдов Р. Ю. РЕАЛИЗАЦИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ МЕТОДИКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УЧИЛИЩА	207
Дарсавелидзе О. К., Киселев И. А. МЕТОД РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕВРОПАТИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ФОРМИРОВАНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА	209
Демьяновская О. Ю., Смазлий Л. В., Желудева А. С., Еременко К. В. ВЛИЯНИЕ ПЕРЕКИСИ ВОДОРОДА НА СОКРАТИТЕЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ ГЛАДКОМЫШЕЧНЫХ КЛЕТОК АОРТЫ КРЫСЫ	211
Денисова А. Б., Шурко К. С., Аксютенко А. Н., Харибян Ж. А. ПРОФИЛАКТИКА ПОСТПАПИЛЛОТОМИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ.....	212
Денисова Н. И., Ковалева Г. В. ВНЕДРЕНИЕ В УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС КРАСГМУ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОБУЧЕНИЯ В ЦЕЛЯХ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ	214
Денисова А. Б., Аксютенко А. Н., Шурко К. С., Низовцева А. А. ТРУДНОСТИ И ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	216
Дерновая С. В. МИОПИЯ: ЗАВИСИМОСТЬ МЕЖДУ ИЗМЕНЕНИЯМИ НА ГЛАЗНОМ ДНЕ И СТЕПЕНЬЮ РЕФРАКЦИИ.....	217
Дидук О. В. СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ОБ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ДЕТЕЙ, НАХОДИВШИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ В КГБУЗ КРАСНОЯРСКАЯ КРАЕВАЯ ДЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА.....	219
Дидук О. В. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА ТЕЛА МАТКИ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ	220
Дидук О. В., Давиденко Е. Ю. МАСТОЦИТОЗ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА.....	223
Дмитриева О. С., Федорова И. А. ДВА ВЕКА САМАРСКОЙ ГУБЕРНСКОЙ ТЮРЬМЫ.....	225
Дороган Д. А. СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ДРЕНИРОВАНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ.....	226

Дорошенко Ж. В. РОЛЬ И ХАРАКТЕРИСТИКА СЕПСИСА ПРИ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ	227
Дробушевская А. И., Лободесов С. С., Русских А. Н. ВАРИАЦИИ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ЖЕНСКОГО УРЕТРОВЕЗИКАЛЬНОГО СЕКМЕНТА В НОРМЕ И ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОМ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ	228
Дудниченко Ж. Г., Байрашева В. К. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ТРЁХ ЛЕТ ЖИЗНИ У ЮНЫХ МАТЕРЕЙ	233
Егорова О. С., Кустова В. В. ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВОООБРАЗОВАНИЙ ВУЛЬВЫ	234
Екимова А. М., Третьякова С. С. РАЗВИТИЕ СОВРЕМЕННЫХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КРАСНОЯРСКЕ	236
Еремеева Е. Н. НАРУШЕНИЕ ПИТАНИЯ КАК ФАКТОР В РАЗВИТИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА	237
Еременко И. В. ГИСТОПАТОЛОГИЯ ТКАНИ ЛЕГКОГО У ПАЦИЕНТОВ С ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ	239
Ерошенко П. В., Капустина Т. Н. ТРУДОУСТРОЙСТВО МОЛОДОГО СПЕЦИАЛИСТА В РОССИИ И ВЕЛИКОБРИТАНИИ	240
Ерошенко П. В., Капустина Т. Н. СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ВРАЧА-ИНТЕРНА КАК ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ	242
Ершов А. В., Егоров С. А., Кузнецов В. С. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ФЕНАЗЕПАМ В СУТОЧНОЙ ДОЗЕ 1 МГ В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ИБС ИНФАРКТ МИОКАРДА, НАРУШЕНИЕМ РИТМА	243
Ерыкалова С. А., Тумашова В. А. НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ РАКА ГОРТАНИ	244
Еськова Е. Е. КОМПЬЮТЕРНЫЙ МОРФОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЯДРА И НУКЛЕОЛЯРНОГО АППАРАТА МОНОНУКЛЕАРНЫХ КЛЕТОК ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОПИСТОРХОЗОМ	245
Ефимов И. А., орд. Орехова С. В. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К РЕСТАВРАЦИИ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБА	246
Жабборова З. Б., Намозова Х. Ж. СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ	247
Жалилова Ж. Ж., Бабажанова З. Х., Бафаев Ж. Т. ЭНДОКРИННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ С ГЕНДЕРНЫХ ПОЗИЦИЙ	249
Жарылганов М. М. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА	250
Жарылкасынова Г. Ж., Шаджанова Н. С., Мансурова Н. А. ЧАСТОТА И СТРУКТУРА АНЕМИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	252
Жарылкасынова Г. Ж., Мансурова Н. А., Бафаев Ж. Т., Исломов Г. Х. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕЛЕЙ И СОДЕРЖАНИЯ ОБЩЕВРАЧЕБНОЙ ПОДГОТОВКИ НА ЭТАПЕ ДОДИПЛОМНОГО ОБУЧЕНИЯ	253
Жернов Ю. В. ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТАМИ ГУМИНОВЫХ КИСЛОТ ПЕЛОИДОВ ОТРАВЛЕНИЙ ПРОИЗВОДСТВЕННЫМИ ЯДАМИ	254
Жигулова А. С., Давыдова В. В., Номоконова Ж. В. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ КРАСНОЯРСКОГО МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО КОЛЛЕДЖА	256
Жуклина В. В. КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	257
Жураева Х. И., Таиров М. Ш., Рузиев О. А., Бадритдинова М. Н., Исматова М. Н. АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ВЫЯВЛЯЕМОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	258
Забловская Ю. И., Богданов В. В. ДИНАМИКА СТРУКТУРЫ РОЗНИЧНОГО ЗВЕНА СИСТЕМЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАК ЭЛЕМЕНТА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ	260
Загитова Г. А. МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ОРВИ	262

Зимницкая О. В., Шубина Е. И. НАРУЖНЫЕ РАЗРЫВЫ СЕРДЦА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА (ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ, ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ)	265
Золотухина В. М. ОЦЕНКА ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ СВЯЗИ МЕЖДУ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА И НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ СИНДРОМАМИ	265
Золотухина В. М. ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СИСТЕМЕ ВРАЧ-ПАЦИЕНТ, ПАЦИЕНТ-ВРАЧ	267
Золотухина В. М., Терских Д. М. ФЛЮОРОЗ. ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ, МЕТОД МИКРОАБРАЗИИ	269
Золотухина О. А. АРТРИТЫ У ДЕТЕЙ	270
Зыкунова Е. А., Широкалова А. Е. СПОСОБ ЛОКАЛЬНОЙ ОЗОНОТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ И СПОСОБ ЕГО ОЦЕНКИ И КОРРЕКЦИИ	271
Зыкунова Е. А., Широкалова А. Е. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ДИАРЕИ С ПОМОЩЬЮ ПРЕПАРАТА «ЭНТЕРОЛ»	273
Иванова А. И. ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ	274
Иванова А. Н. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ	275
Ивонина Е. М. ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ ИНТЕРСТИЦИЯ	278
Ильясова Р. Р., Кардапольцева Т. А. УСЛОВИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДРЕВНЕИНДИЙСКОЙ ФИЛОСОФИИ И МЕДИЦИНЫ	280
Исакова В. Г., Гончарова Е. А., Зобова В. В., Витютнева А. В., Иванова О. В., Цыбикова Э. Ж., Шпамер К. В. ФУЛЛЕРЕНОЛ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ ЭМБРИОНА	282
Ихтиярова Г. А., Кудратова М. Т., Набиева Б. Ш. ЦЕЗОЛИН В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАТКИ И ПРИДАТКОВ	283
Ихтиярова Г. А., Исломова Г. Х., Дустова Н. К. ВЕДЕНИЕ РОДОВ В ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПОЗИЦИИ	284
Кавальян К. В., Мамедова У. Ю. ВНУШАЕМОСТЬ И ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ	286
Кавальян К. В., Мамедова У. Ю., Щедова А. А. ПАТОМОРФОЛОГИЯ ПЛАЦЕНТАРНОГО ЛОЖА ПРИ ГИПОТОНИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ	287
Кавальян К. В., Мамедова У. Ю. ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО БЕНЗОДИАЗЕПИНОВОГО РЕЦЕПТОРА ПРИ ЛИМФОМАХ КОЖИ	289
Кавардакова А. В., Полянских Е. А. ГРЕЧЕСКАЯ МИФОЛОГИЯ КАК ИСТОЧНИК МЕТАФОРИЧЕСКОЙ НОМИНАЦИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ	290
Казакова Т. С. РАСПРОСТРАНЕНИЕ ГЕЛЬМИНТОЗОВ СРЕДИ ДЕТЕЙ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ	292
Калайникова Т. В., Федоров В. А., Червоненко Е. В., Тогочиева Д. П.-Д., Кравцова А. А., Кузьменко А. П. ВЛИЯНИЕ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ И ДЕФОРМАЦИЙ	293
Калайникова Т. В., Федоров В. А., Тогочиева Д. П. ПАССИВНАЯ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКАЯ РАБОТА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА БАЗЕ ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ Г. КРАСНОЯРСКА	294
Каллагов Т., Рамонов Д. ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	295
Кан И. В. ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ШЕИ ЧЕЛОВЕКА СПРАВА	296
Кантеева Л., Бугулова О., Карсанов С. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕЛАКСЕНА В ЛЕЧЕНИИ ДЕСИНХРОНОЗА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖКТ У ПОДРОСТКОВ	298

Капсаргина Л. Ф. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРОСТЫХ И НАГНОИВШИХСЯ КИСТ ПОЧЕК.....	300
Каптюк Л. И., Язуина Н. А., Чубарова С. В., Крапошина А. Ю. МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ СТЕРОИДРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ	301
Карачаев К. А. АНАЛИЗ ПОЛОВОГО ДИМОРФИЗМА ПО ПРИЗНАКАМ ТИПОВОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ И СТЕПЕНИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТИРОВАННОСТИ У ШКОЛЬНИКОВ	303
Кардапольцева Т. А. ВЛИЯНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА.....	305
Каримова Ф. Р., Садыков И. Ш. ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ	306
Астафьева Е. Г., Карликова Н. А. ТЕРАТОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ И ПРОБЛЕМА РОЖДЕНИЯ ЗДОРОВОГО ПОТОМСТВА НА ТЕРРИТОРИИ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ.....	308
Карнаухов Д. И., Косенко П. В. БЕЗОПАСНОСТЬ ТРУДА ПРИ РАБОТЕ С КОМПЬЮТЕРОМ.....	309
Качина Е. А., Комарова Е. В. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СПЕЦИФИЧЕСКИХ И НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У НЕОБЛИГАТНЫХ ХОЗЯЕВ ПРИ ИНВАЗИИ ЛЕНТЕЦОМ ЧАЕЧНЫМ DIPHYLLOBOTRIUM DENDRITICUM В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	311
Качина Е. А., Комарова Е. В. АНАЛИЗ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ ГАФФСКОЙ БОЛЕЗНИ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ.....	314
Каюмов Х. Н., Намозова Х. Ж. ВЛИЯНИЕ АБОРТА МАТЕРИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА	315
Квардакова Т. А., Коневши Ю. Н., Бабанин Е. С. РАБОТОСПОСОБНОСТЬ СТУДЕНТОВ КРАСГМУ В НАЧАЛЕ И В КОНЦЕ РАБОЧЕЙ НЕДЕЛИ.....	316
Кельберг В. Г., Головизина И. М., Дровалева Е. А., Харикян Ж. А. ЗНАЧЕНИЕ ОКСИДА АЗОТА ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПРИДАТКОВ МАТКИ	319
Киргизов К. И., Мутина Т. А. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПЕРТЕСА У ДЕТЕЙ	320
Киселев И. А., Дарсавелидзе О. К. РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПАЛЛЕСТЕЗИОМЕТРИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА.....	322
Климов В. А., Кудин И. Ю. НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ КОНТАГИОЗНОГО МОЛЛЮСКА У ДЕТЕЙ	324
Клыпа Е. В., Потапова М. А. ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ	325
Ключникова Е. А., Копылова Л. М. МЕЖДУНАРОДНЫЙ ТЕРРОРИЗМ – ГЛОБАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОСТИ.....	327
Ковалев А. Н., Пясецкий К. Г. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА АБДОМИНАЛЬНОЙ ИШЕМИИ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ.....	328
Ковалева Ю. О. ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	330
Коваленко А. О., Раднаева Ю. Р. КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА «КРИМИНАЛЬНЫХ» ТРАВМ ГЛАЗ У ДЕТЕЙ.....	332
Ковальцова К. А., Тарских А. А., Фролова О. В., Репина А. В., Попова Е. А., Олейникова А. С. ВСТРЕЧАЕМОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АМБУЛАТОРНОГО ПРИЕМА	333
Ковтун Н. М. ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ ВЫСОКОГО ОНКОГЕННОГО РИСКА У ЖЕНЩИН С ФОНОВЫМИ И ПРЕДРАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ	334
Кожомбердиев Б., Макимбетова Ч., Бебинов, Букуев Н. СПЕКТРАЛЬНЫЕ И ВОЛНОВЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	336
Колосеев И. Л., Кравец И. С. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ GA2LEN ПО ДАННЫМ МОСКВЫ И ТОМСКА	337

Комарова Е. А., Халабурда А. В., Шушакова А. А., Кокина А. В. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ И ФАКТОРЫ РИСКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА (НА ПРИМЕРЕ КГЦ «УЮТ»)	339
Коневши Ю. Н. СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМЫ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В РОССИИ.....	341
Коновалова Е. В., Панова И. В., Чернопазова Т. В. ВЛИЯНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА МОТИВАЦИЮ УЧЕНИЯ У СТУДЕНТОВ 1 И 2 КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА.....	343
Конорева О. Н. АНАЛИЗ СОВРЕМЕННОГО РЫНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АНДРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ У МУЖЧИН.....	345
Корнейчук Д. В. ПЕРЕДВИЖНОЙ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР. «ДОКТОР ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКИЙ (СВ. ЛУКА)».....	346
Королева Я. В., Носова О. В., Носкова М. П. ФАКТОРЫ РИСКА У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	348
Косолапов А. И., Ситников А. Л., Еликов Б. А. ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ НИЖНЕ-ИВКИНСКОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ НА ПОКАЗАТЕЛИ МЕТАБОЛИЗМА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ.....	349
Кох И. А. ЭКСПУЛЬСИВНАЯ ГЕМОРАГИЯ: ФАКТОРЫ РИСКА И ВОЗМОЖНЫЕ ИСХОДЫ.....	351
Кочнева Е. А. ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ – ТРУДНЫЙ ДИАГНОЗ	353
Красикова Л. С., Соловьев М. В. РОЛЬ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН.....	353
Крекотин Л. В., Харибян Ж. А., Семенова О. В. ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПОВРЕЖДЕНИЕМ СЕРДЦА	355
Кривенко Е. В., Магасумова Э. И., Ахмедова А. А. К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ.....	355
Кривопапов В. А., Усольцев Д. М., Саракуло В. М., Сергеев С. А. К ВОПРОСУ О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ХИТОЗАНА В КАЧЕСТВЕ АЛЛОТРАНСПЛАНТАТА ПРИ ОПЕРАЦИИ СЕПТОПЛАСТИКА.....	357
Криворучко Я. О., Кулинич Т. А. ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИСОСУДИСТОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	359
Крисанкова Ю. А., Трасков А. А. СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ОЗЕРЕ ШИРА.....	360
Кузнецова Н. Ю., Плехотников А. В. РЕНТГЕНДИАГНОСТИКА ТРАХИОБРОНХОМЕГАЛИИ У ДЕТЕЙ	362
Кукушкина Т. С., Иванова И. В. ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ ПО МАТЕРИАЛАМ МУЗ ГКБ № 6	363
Куликова А. Б., Ерыкалова С. Г., Нечаева Д. В. ИССЛЕДОВАНИЯ ОДНОСТОРОННЕЙ АДРЕНАЛКТОМИИ И СЕЛЕКТИВНОЙ ДЕПОРТАЛИЗАЦИИ КРОВОТОКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ТЕЧЕНИЕ ДИТИЗОНОВОГО ДИАБЕТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.....	364
Курбатов Е. Г., Сазонов А. В. АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А У ВЗРОСЛЫХ.....	365
Курбатов Е. Г. ТЕРАПИЯ ИЗСОРБИДА 5-МОНОНИТРАТОМ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С НИЗКИМ КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ.....	367
Лаврова А. А. ТРУДОУСТРОЙСТВО. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ТРУДОУСТРОЙСТВА И АДАПТАЦИИ МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ В АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ.....	369
Лалетин Д. И., Юдин Г. В., Фролова О. В., Фурсов М. А., Тагаева Г. А. ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА ОПТИЧЕСКОЙ БИОПСИИ ДЛЯ МОНИТОРИНГА СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА В КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ).....	371

Лахрауи Ю. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТАБИЛЬНОСТИ ГЛАЗНЫХ КАПЕЛЬ ПРОИЗВОДСТВА МАРОККО С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА ТОНКОСЛОЙНОЙ ХРОМАТОГРАФИИ.....	373
Лебедева И. С. РЫНОК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.....	375
Левицкая О. Д. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ХОДЬБЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАЗЕРНОГО ДАЛЬНОМЕРА У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА.....	376
Лемешко Н. С. ОСОБЕННОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ФИНАНСОВЫМИ РЕСУРСАМИ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	378
Лемке П. А., Малыгин К. В. ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ПЛЕЧЕВЫХ КОСТЕЙ МУЖЧИН РАЗНЫХ СОМАТОТИПОВ.....	379
Лисовская Е. Д. МАРКЕТИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РЫНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ В Г. КРАСНОЯРСКЕ	381
Лисовская Е. Д. РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ РЫНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ В Г. КРАСНОЯРСКЕ	382
Лисун А. Ф. ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ГЕРНИОПЛАСТИКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ СЕТЧАТЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ ПО МАТЕРИАЛАМ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ	384
Литвинович С. Н. МЕТОДИКА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА И ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ У МЕЛКИХ ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ (МЫШЕЙ)	386
Литвинович С. Н. АНТИИШЕМИЧЕСКИЙ И ОРГАНОПРОТЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТЫ ЛИЗИНОПРИЛА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА	387
Лубнина Т. В. ОЦЕНКА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ НАЕМОРИЛИUS INFLUENZAE TYPE В ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВАХ.....	389
Лукьянова А. Н., Капкан П. А. ВЛИЯНИЕ PH СРЕДЫ НА ТЕЧЕНИЕ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	391
Ляшкова Т. И., Осетрова И. Л. МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОМПЛАЕНТНОСТИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ	393
Мазур Ю. Е., Ильенкова О. С. МОНИТОРИНГ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА У ПОДРОСТКОВ.....	394
Мазурова О. А. АНТИОКСИДАНТНЫЕ И МЕМБРАНОТРОПНЫЕ СВОЙСТВА ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ.....	396
Макаревич Т. А. СОСТОЯНИЕ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА	398
Максимова Ю. О. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ	399
Макулова М. В. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА У ЖИТЕЛЬНИЦ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ.....	400
Малкова Е. А., Андреева К. Ю. А. П. ЧЕХОВ И ЕГО СВЯЗЬ С МЕДИЦИНОЙ	402
Малышева Н. С. ОСНОВНЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПО ЛОР-ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В Г. НОВОСИБИРСКЕ	404
Масленникова С. А., Лапа А. П. АНАЛИЗ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН Г. КРАСНОЯРСКА (18–45 ЛЕТ)	405
Маслов Е. А. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ СУБФАЦИАЛЬНОЙ ДИССЕКЦИИ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН ГОЛЕНИ	407
Масютин С. А., Пасюра А. В. ТАБАКОКУРЕНИЕ И МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ.....	407
Мачалов А. С. НОВЫЙ АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ УСТРОЙСТВА ДЛЯ ДРЕНИРОВАНИЯ И АЭРАЦИИ СРЕДНЕГО УХА.....	409
Мельничук В. Ф. ПРОНОРАН (ПИРИБЕДИЛ) И МИРАПЕКС (ПРАМИПЕКСОЛ) ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОМ ТРЕМОРЕ.....	411

Меркушева А. Ф., Боровикова О. Н., Рогожина О. С. ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ	413
Мингазова А. М., Щепина Т. П. АНАЛИЗ ОТСРОЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	415
Михайличенко С. И., Розаленок А. В., Паришина А. А., Шивкова Е. А., Сафронова Е. С. ВЛИЯНИЕ ПИВНОГО АЛКОГОЛИЗМА НА КОНЦЕНТРАЦИЮ ПОЛОВЫХ И СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ, И РОЛЬ ТАБАКОКУРЕНИЯ В МОРФОЛОГИИ СЕЛЕЗЕНКИ, СЕМЕННИКОВ, ГОЛОВНОГО МОЗГА У КРЫС В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	416
Михайловская Е. В. МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ АССОРТИМЕНТА ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ПРИМЕРЕ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ	418
Михалева М. А., Роговенко А. А. ПОДДЕРЖАНИЕ ИММУННЫХ СИЛ ОРГАНИЗМА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ ЧЕРЕЗ ПИТАНИЕ	419
Мишина А. А., Никитенко Е. Г., Ларин С. Л. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ-ТОКСИКАНТОВ В ПИТЬЕВОЙ И ПРИРОДНОЙ ВОДЕ Г. КУРСКА МЕТОДОМ ИНВЕРСИОННОЙ ВОЛЬТАМПЕРОМЕТРИИ	420
Мойсей А. В. ОПУХОЛЬ-АССОЦИИРОВАННЫЙ АНТИГЕН ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ЯИЧНИКОВ	422
Морозова А. В., Штина Т. В. НОВОЕ В ИЗУЧЕНИИ СТРОЕНИЯ ЭПИДЕРМИСА	422
Морозова И. В. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕДОКС-АКТИВНОСТИ ТИБЕТСКОГО КЕФИРА	424
Мотов И. В., Бурдин В. Н., Лысенко М. В., Малюкова Т. И., Цурикова А. Ю. ДЕСИНХРОНОЗ В ПАТОГЕНЕЗЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	426
Мохирева К. Е., Мухаметова А. Р. ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОКРИСТАЛЛИЗАЦИИ СЛЮНЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЗУБНОЙ ЩЕТКИ «SONICARE» В ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА	429
Мустафин Д. В., Пуликян Л. С., Соколова А. О. ДИНАМИКА УРОВНЯ КОМПЛАЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ДО И ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ АРТ-ТЕРАПИИ	430
Мусуков Б. М., Глунова Л. М. ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	431
Набоков Т. И. ОПЫТ ВСТРЕЧИ С СОБСТВЕННЫМ «ПОДПОЛЬЕМ»	433
Нагатъева А. А., Кравцова С. А., Гуликян К. Н., Шпеттер М. А. САМООЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ЛИЦ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА	434
Нагатъева А. А., Кравцова С. А., Шпеттер М. А., Гуликян К. Н. ЭКОЛОГИЧЕСКИЙ КРИЗИС КАК ФИЛОСОФСКАЯ ПРОБЛЕМА	435
Нагатъева А. А. КРАСНОЯРСКИЕ МЕДИКИ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1941–1945 ГГ.)	436
Назарова Е. А., Иванова Ю. С., Яковлева О. В. ВЛИЯНИЕ ЕСТЕСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ И НЕКОТОРЫХ МЕТОДОВ ТРАДИЦИОННОЙ И НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ НА ЧАСТОТУ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРВИ И ГРИППОМ СТУДЕНТОВ КРАСГМУ	437
Назарьянц Ю. А. СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ	438
Нейман О. И., Яськевич Л. С. ФЛУОРЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА ПЕРВИЧНОГО РАКА ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА АЛАМИНА	440
Нефёдова А. А. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА НА ШПРИЦ-РУЧКЕ И НА ПОМПОВОЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ	442
Никитина С. С. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ: СОСТОЯНИЕ СЕМЕЙНОЙ СИСТЕМЫ, ДИАГНОСТИКА И ПУТИ КОРРЕКЦИИ	444
Никищенко С. А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИОХИМИЧЕСКОГО СКРИНИНГА В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ХРОМОСОМНОЙ ПАТОЛОГИИ ПЛОДА	446

Никонова Н. А., Труханов А. Г. АНАЛИЗ ИССЛЕДОВАНИЯ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ И ПОДХОД К ОПТИМИЗАЦИИ ТРУДА ВРАЧА-ХИРУРГА	448
Новиков Е. П., Рубцов С. А., Буторин А. В. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ И ГОРОДА ОМСКА	449
Новицкая М. И., Шведова А. А. ЛЕОНАРДО ДА ВИНЧИ - ВРАЧ И ФИЛОСОФ	450
Носков И. Г., Семченко Д. Е., Полуляхова Т. А. ЛИБИДО ИЛИ ЛЮБОВЬ С ПОЗИЦИИ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОЙ ТЕОРИИ З. ФРЕЙДА В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОГО СОЦИУМА	452
Носков И. Г., Магамедова Л. С., Ткаченко А. А., Садыгова Э. А. ВЛИЯНИЕ ТЕМПЕРАМЕНТА НА КУРЕНИЕ СТУДЕНТОВ 2 КУРСА КРАСТМУ	453
Ожиганова Т. Ю., Анисимова И. В. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЗУБНОЙ ПАСТЫ PARADONTAX-F ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА	454
Ожиганова Т. Ю., Анисимова И. В. ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЛОСТИ РТА	456
Исаева Т. А., Оловяникова М. С. ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ БРУЦЕЛЛЕЗА В АЛТАЙСКОМ КРАЕ В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ	458
Онзуль Е. В., Дробушевская А. И. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ МОНИТОРИНГА СОСТАВА МИКРОФЛОРЫ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА	460
Чернов В. Н., Бентил Ф. Э., Онищенко Ю. В. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	461
Оразалинова С. У. ОСОБЕННОСТИ ОРБИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ	463
Орлов С. А. КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ	465
Орлова Н. М., Бухтуева А. А. БИОНИЧЕСКИЙ ГЛАЗ	466
Орлова И. И., Григоренко Н. Е., Иванова Н. А. ВЛИЯНИЕ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ НА ТЕЛОСЛОЖЕНИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ	468
Орлова А. В. РАЗРАБОТКА БИОЛЮМИНЕСЦЕНТНОГО МЕТОДА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	469
Осетрова К. О., Пилосян Л. А., Шабала Д. Ю., Яметов П. К. ВЛИЯНИЕ ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО СТРЕССА НА ПРОЯВЛЕНИЯ ТЕМПЕРАМЕНТАЛЬНЫХ СВОЙСТВ	471
Очирова М. О., Намсараева Д. Д. НАУЧНЫЙ ЭКСПЕРИМЕНТ И ГРАНИЦЫ ЕГО ПРИМЕНЕНИЯ В МЕДИЦИНЕ	473
Павлюкова И. А., Шнейдерман Е. В. ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ И ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ МНЕНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ОБ ИХ КАЧЕСТВЕ И ДОСТУПНОСТИ	475
Павлюкова И. А., Шнейдерман Е. В. ОЦЕНКА ПАЦИЕНТАМИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ОЖИДАНИЯ НА ПРИЕМЕ К ВРАЧУ	476
Панина Ю. А., Курбанов Д. Ш., Анохина А. М., Соловьев М. В., Алексеев К. А., Фурсова А. А. ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ ПРИЗНАКОВ ПАРКИНСОНИЗМА: РОТЕНОНОВАЯ МОДЕЛЬ	477
Панина Ю. С., Шапкина В. А., Капустинский А. Н. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ВИРУСАМИ ГЕПАТИТА В И С	480
Парфенцева Е. А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЦИТОТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ РЕСТАВРАЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ НА ОСНОВЕ МЕТАКРИЛАТА И ОКСИРАНА НА ЭРИТРОЦИТЫ	482
Пасюра А. В., Масютин С. А. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ОБЩЕЖИТИЙ АГМУ	483
Пащенко А. П. ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ ПОТРЕБНОСТЕЙ ТРУДОВОЙ МОТИВАЦИИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА	485

Педяшов В. С. ИНОСТРАННЫЙ ЯЗЫК КАК СРЕДСТВО РЕАЛЬНОГО И ВИРТУАЛЬНОГО МЕЖКУЛЬТУРНОГО ОБЩЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТА МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ	487
Пилипенко Г. И. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ КИПФЕРОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ДЕТЕЙ.....	488
Плавская Н. П., Борис А. М. ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	488
Плита Е. В., Катаева М. Е. ЭЛЕКТРОННЫЕ ОБУЧАЮЩИЕ ПОСОБИЯ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА.....	490
Подольяк О. В., Кудоманова А. Р., Падалко А. А., Хомищак Ю. Е. ОСОБЕННОСТИ В СТРОЕНИИ ТАЗА ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. КРАСНОЯРСКА XVII–XVIII И XVIII–XIX ВЕКОВ	492
Позднякова Е. В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТОВАРИОЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ФИТОЭСТРОГЕННЫМ ПРЕПАРАТОМ КЛИМАДИНОН®	493
Полюян С. С. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВЕРИФИКАЦИИ ЭТИОЛОГИИ ПЛЕВРИТОВ	495
Пономарев Г. В. СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРЕДНИХ И БОКОВЫХ РОГОВ СПИННОГО МОЗГА БЕЛЫХ КРЫС В НОРМЕ И ПРИ ЗАНЯТИЯХ ПЛАВАНИЕМ	496
Попайте М. В., Калиманова Д. В. ИССЛЕДОВАНИЕ НЕЙРОГЛИАЛЬНЫХ ПОПУЛЯЦИЙ ИНТЕГРАТИВНЫХ ЦЕНТРОВ НЕКОТОРЫХ ВИДОВ ПРЕСНОВОДНЫХ РЫБ ЭКОЛОГИЧЕСКИ ЧИСТЫХ ОЗЕР ВОСТОЧНОЙ СИБИРИ	498
Попов В. Г., Панковская В. А. ТРАДИЦИОННАЯ МЕДИЦИНА ДРЕВНЕГО КИТАЯ	499
Попов В. Г. ВЛИЯНИЕ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ К ЧАСТО БОЛЕЮЩИМ ДЕТЯМ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	499
Попов В. Г. О ВОСТРЕБОВАНИИ НЕКОТОРЫХ ИДЕЙ КОНФУЦИЯ	500
Попов С. А., Васин Д. А. ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ	500
Попова Е. В., Репина А. В., Ковальцова К. А., Фролова О. В., Тарских А. А., Олейникова А. С. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АМБУЛАТОРНОГО ПРИЕМА	502
Попова Е. С. АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ	504
Попова Г. В., Маркова А. Л. ВИКТОР ВАСИЛЬЕВИЧ ГЛАДКОВ – ОСНОВАТЕЛЬ МУЗЕЯ КАФЕДРЫ АНАТОМИИ ЧЕЛОВЕКА	506
Проваторов А. Ю., Теплицев М. И., Трифонов М. Н., Семакин Р. В. СФИНКТЕРОЛЕВАТОРОПЛАСТИКА ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ РАКЕ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА С ПЕРЕХОДОМ НА АНАЛЬНЫЙ КАНАЛ	508
Прокопцова М. Г. ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ	509
Пронь А. С., Пронь С. С., Шатковская О. В. АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ И МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КИСТОЗНЫХ ТРАНСФОРМАЦИЯХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ	510
Пшеничникова П. С. АНАЛИЗ ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ ПО МАТЕРИАЛАМ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ № 3 МУЗ «РОДИЛЬНЫЙ ДОМ № 5»	512
Радаева К. Н., Попова Е. М. АНАЛИЗ ТРАНСПОРТНОЙ ТРАВМЫ С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ (ПО ДАННЫМ СЕКЦИОННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЛИЦ, ПОСТУПИВШИХ ИЗ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА).....	513
Разводовская К. А. ВОЗМОЖНОСТИ ИЗУЧЕНИЯ АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ СТРОЕНИЯ ШЕИ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДИКИ ПОСЛОЙНЫХ ЗАМОРОЖЕННЫХ СРЕЗОВ	516
Ранчаева Н. А. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПОРАЖЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	516

Расулов М. А. АДАПТИВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СТУДЕНТОВ ВО ВРЕМЯ ЭКЗАМЕНАЦИОННОЙ СЕССИИ	518
Рахманкулова Т. В., Сорокина О. Ю. ХАРАКТЕРИСТИКА ВСПЫШКИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ЛАГЕРЯ «ИСКОЖЕВЕЦ»	520
Рахматова М. Р. ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИИ	522
Рендашкин И. В., Беляев В. С., Арапова В. А. ВОЗМОЖНОСТИ БИОДЕГРАДИРУЕМЫХ ПОКРЫТИЙ И КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РЕОРГАНИЗАЦИИ ГЛУБОКОГО ОЖОГА	522
Реутова В. Л., Розенталь А. А. АНАЛИЗ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА	524
Решенок Д. Н. УРОВЕНЬ АГРЕССИВНОСТИ ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВУЮ ТРАВМУ	525
Роговенко А. А., Питченко Е. В., Беликов Д. В., Чудаков М. В. КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ	527
Роженцова О. В. СЛУЧАЙ СОЧЕТАННЫХ МАСТОЦИТОМ С ВУЛЬГАРНЫМ ИХТИОЗОМ У РЕБЕНКА РАННЕГО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА	529
Розова Л. Е., Серова Е. В., Балханов З. В., Тогошеев А. В., Халова Е. И., Шромова И. В. ДИСБАКТЕРИОЗ КАК ОДНО ИЗ ПРОЯВЛЕНИЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО СИМПТОМОКОМПЛЕКСА ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	530
Романов О. В., Шарафутдинова З. Ф. АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ У ДЕТЕЙ	532
Романова Т. А. МЕТОДЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ НОРМАТИВОВ ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ В ЦЕНТРЕ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ	534
Рубцов С. А., Новиков Е. П., Буторин А. В. ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ШКОЛЬНИКОВ	534
Руденко А. П., Тасбулатова С. К., Сулейменова К. ПЕРВИЧНЫЙ ПЕРИТОНИТ ПОД МАСКОЙ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ	536
Рузикулов О. М. СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЧИСЕЛ КОМПОНЕНТОВ КОЛОНИЙ И ЧАСТОТЫ ВЫСЕВАНИЯ ВИДА БАКТЕРИЙ ИЗ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ	537
Рукин К. Ю. АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА VNTR ГЕНА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ NOS С КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ	539
Рыбакова Н. В., Ушаков И. Ю., Федяева Е. Н. ВЛИЯНИЕ ТИПА ТЕМПЕРАМЕНТА НА ЗАНЯТИЯ СПОРТОМ	540
Рыжов В. Д. ИЗУЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ И ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ МОЛОЧНОГО ГРИБА	542
Рынденок А. А. ИЗУЧЕНИЕ АМПЛИТУДЫ И ПЕРИОДА ЗУБЦОВ ШВОВ СВОДА ЧЕРЕПА	544
Савина О. Б. МЕЛАНОМА КОЖИ: АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА И КЛИНИЧЕСКАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ	546
Савченко И. А. ИЗМЕНЕНИЕ ДИНАМИКИ КЛЕТОЧНОГО ЦИКЛА И МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В КОЖЕ ПОСЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ОБЛУЧЕНИЯ	548
Савченко С. И. ИЗМЕНЕНИЕ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ	549
Сакович В. В. ГНОЙНЫЙ ПЕРИКАРДИТ	550
Сальникова Я. В., Лапа А. П. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И МОРФОЛОГИЯ РАКА ЖЕЛУДКА	551
Сапожникова Ю. А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АРБИДОЛА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГРИППОМ	554
Саракуло В. М., Усольцев Д. М., Кривопалов В. А. СПОСОБ ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА К ПОЧКЕ И ВЕРХНЕМУ ОТДЕЛУ МОЧЕТОЧНИКА	556

Сарматова А. А., Ванюхин В. В. РУБЦОВЫЕ СТЕНОЗЫ ПИЩЕВОДА ПОСЛЕ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ	558
Сафронова А. А., Корнеев Т. И. СЫТАЯ ЖИЗНЬ АМЕРИКАНЦЕВ С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ	559
Сахнова Е. В. АНТИОКСИДАНТНАЯ АКТИВНОСТЬ ПЛОДОВЫХ ЭКСТРАКТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УСЛОВИЙ ИХ ПОЛУЧЕНИЯ	560
Сверкунова О. П. ОСОБО ОПАСНЫЕ ИНФЕКЦИИ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ: СИБИРСКАЯ ЯЗВА	563
Светлакова Е. Н. ПРИМЕНЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА	564
Светозарский С. Н., Мокров Я. П., Алиязгарова А. А. ДИНАМИКА УРОВНЯ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ, ЭНДОТОКСИКОЗА И ВЯЗКОСТИ ПЛАЗМЫ КРОВИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ПРОЦЕССЕ ХИМИОЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ	566
Светозарский С. Н. НАРУШЕНИЯ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ГИПОКСИИ	567
Свечникова У. Д. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВВЕДЕНИЯ ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПО УЧЕТУ ЛАБОРАТОРНО-ФАСОВОЧНЫХ РАБОТ В ЕКАТЕРИНБУРГСКОМ МУНИЦИПАЛЬНОМ УНИТАРНОМ ПРЕДПРИЯТИИ «АПТЕКА № 6»	568
Семеняко Е. Н., Красоткина Я. А. ОТДАЛЕННЫЕ И НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЕЙ	569
Семченко Д. Е., Носков И. Г. СОВРЕМЕННАЯ ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ	570
Сергеев Д. А., Хало И. В. ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МИКРОКЛИМАТА УЧЕБНЫХ КЛАССОВ УНИВЕРСИТЕТА В ПЕРЕХОДНЫЙ ПЕРИОД ГОДА	571
Серова Е. В. ИТОГИ 72-ОЙ СТУДЕНЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ, ПОСВЯЩЕННОЙ 100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА П. Г. ПОДЗОЛКОВА	573
Силкина О. А., Рубцов В. А. ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ВАЗАПРОСТАН» В ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ПРИ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	575
Силкина О. А., Рубцов В. А. СОСТОЯНИЕ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЁННОЙ ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ	577
Силкина О. А., Рубцов В. А. КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	579
Симашко Е. Н. МИОМА МАТКИ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	581
Скоробогатых Ю. С. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У ДЕТЕЙ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ	583
Смачный А. А., Трожецинский А. Ю. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ФЛЕГМОН ПОДДЕЛЬТОВИДНОГО И СУБПЕКТОРАЛЬНОГО КЛЕТЧАТОЧНЫХ ПРОСТРАНСТВ	584
Смирнова Я. В., Маленко Е. В., Костенко С. В., Пьянзин С. М., Золотухина В. М., Баращук О. А. ОБОСНОВАНИЕ РАЦИОНАЛЬНОГО СПОСОБА ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	585
Смирнова А. В. ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ВСКАРМЛИВАНИЯ	586
Смирнова Л. А., Чудинова Д. М., Никитина Е. А. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ПИТАНИИ ПОДРОСТКОВ ПЕРМСКОГО КРАЯ	588
Смолин К. А., Саранча А. И. ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ КРАСНОЯРСКИХ СТУДЕНТОВ	589
Соколовская Е. С. НЕКОТОРЫЕ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ И НАРУШЕНИЯ СНА У ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ СТРЕССА	591

Солодчук К. Б. МАРКЕТИНГОВЫЙ АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ ИНДОМЕТАЦИНА	592
Соломин К. А., Бухарова О. В., Грицына К. А., Кузнецов С. А., Потылицин А. Р. ТЕМПЕРАМЕНТ И КУРЕНИЕ.....	594
Сорокина О. Ю. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНСУЛИНОВОЙ ПОМПЫ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА	595
Старостина А. Е. РОЛЬ ЭНТЕРОБАКТЕРИЙ – ПРОДУЦЕНТОВ В-ЛАКТАМАЗ РАСШИРЕННОГО СПЕКТРА В РАЗВИТИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	596
Старцева Е. Н. КРИТЕРИИ ВОЗМОЖНОСТИ ИЗМЕРЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА РАЗНЫХ УРОВНЯХ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ АВТОМАТИЧЕСКИМИ ТОНОМЕТРАМИ	599
Степаненко О. В., Рунпель Н. И., Ермаченко Т. И. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ПОДРОСТКОВ ЗА 2008 ГОД ПО МАТЕРИАЛАМ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ № 3 РОДДОМА № 5 ГОРОДА КРАСНОЯРСКА	601
Стребков А. С. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ АГМУ ПОД ДЕЙСТВИЕМ КОМПЛЕКСА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ	602
Стрельникова Ю. А., Успенская Е. А. ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ STAR В КОЖЕ БОЛЬНЫХ МЕЛАНОМОЙ.....	604
Сутулова Д. В. АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА И ОБРАЗА ЖИЗНИ У СОВРЕМЕННОГО СТУДЕНТА	605
Сырова О. В., Смирнова В. П., Виссарионова И. Д. АЮРВЕДЫ: МЕДИЦИНА ДРЕВНЕЙ ИНДИИ	607
Таджикулова О. Д., Эргашев Н. А., Асраров М. И., Гутникова А. Р. О ДЕЙСТВИИ СОЛЕЙ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ НА ИОННУЮ ПРОНИЦАЕМОСТЬ МЕМБРАН МИТОХОНДРИЙ ПЕЧЕНИ.....	608
Тараканова Е. А. НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В КЛИНИКЕ ШИЗОФРЕНИИ	610
Тараканова Е. А., Ковалева Ю. А., Нечаева Е. Г. ТРЕБОВАНИЯ БИОЭТИКИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПСИХИАТРА	611
Тарских А. А., Фролова О. В., Ковальцова К. А., Репина А. В., Попова Е. В., Олейникова А. С. АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ И СТРУКТУРЫ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА АМБУЛАТОРНОМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ.....	612
Теплицев М. И., Проваторов А. Ю., Федоров Д. Ю., Гольчик А. В. ФОРМИРОВАНИЕ КАРДИАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ПРИ ЯЗВЕННЫХ СТЕНОЗАХ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ	614
Техтерекова Н. С. ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МИОФАСЦИАЛЬНОЙ РЕЛИЗ-ТЕХНИКИ В ТЕРАПИИ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА.....	615
Тимофеева Л. Ю. ПРОБЛЕМЫ СТАТИСТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА РЕАЛИЗАЦИИ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ»	616
Тимошок Е. Л., Жудрик Е. А. МЕЛАНОМА КОЖИ: ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ.....	618
Тиньков А. А., Захарова О. В. СОДЕРЖАНИЕ СЕЛЕНА В ОРГАНИЗМЕ СТУДЕНТОВ ОРЕНБУРГСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ	619
Тишкина Н. В. ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ КАК МЕТОД ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ	621
Тишковская К. Л., Фокин А. А. КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НЕЙРО-ГЛИАЛЬНЫХ ПОПУЛЯЦИЙ В СПИННОМ МОЗГЕ МОЛОДЫХ ЖИВОТНЫХ ПОСЛЕ ПАССИВНОГО КУРЕНИЯ.....	623
Толкачева И. В. МАРКЕТИНГОВЫЙ АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ.....	624
Толстиков А. С., Синицина М. С. ВАРИАНТЫ АНАТОМИИ БРЫЖЕЙКИ И АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ЧЕЛОВЕКА	626

Торгашина М. В., Шитикова Ю. С. ПОЛИОРГАННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У НОВОРОЖДЕННЫХ	629
Трасков А. А., Крисанкова Ю. А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЛЕКСА ОРТО В КОНТРОЛЕ ЗА ФИЗИЧЕСКИМИ НАГРУЗКАМИ И ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПЕРВОКЛАССНИКОВ	631
Третьякова Н. Г. РЕАКТИВНОСТЬ НЕЙРОНОВ СЛОЯ 5 СЕНСОМОТОРНОЙ ОБЛАСТИ КОРЫ ПОЛУШАРИЙ ПЕРЕДНЕГО МОЗГА БЕСПОРОДНЫХ БЕЛЫХ КРЫС НА ОСТРОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПИВА	633
Тришина Е. С. АНАЛИЗ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО ГОРОДУ КРАСНОЯРСК	635
Туаева З. Р., Чурилина В. С. ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ МАРКЕРОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ИБС И ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА	637
Тумар Т. В. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ	637
Тур И. В. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОТБЕЛИВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ДОМАШНЕГО ПРИМЕНЕНИЯ ZOOM TAKE-NOME WEEKENDER SYSTEM	639
Тухтаева Х. Х., Хасанова С. Ф., Бадритдинова Д. М. ОСОБЕННОСТИ ТРАДИЦИИ В ПИТАНИИ В УЗБЕКСКИХ СЕМЬЯХ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ	642
Тыхенова М. Л. ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕТСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГК БСМП Г. УЛАН-УДЭ	644
Тыхеренова А. В. ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И ФУНКЦИЙ ПЕЧЕНИ У КОРЕННЫХ ЖИТЕЛЬНИЦ РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ	644
Тыхеренова А. В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОНСТРУКЦИЙ ИЗ СВЕРХЭЛАСТИЧНОГО МАТЕРИАЛА С ПАМЯТЬЮ ФОРМЫ	646
Тюлегенова С. Х. ОСОБЕННОСТИ ТРОФОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ЛИЦ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В РАЗЛИЧНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ	648
Уланова Т. А. ПРЕДИКТОРЫ ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ, ПОСТУПАЮЩИХ В СТАЦИОНАР С ТЭЛА	650
Умурова Н. М., Жалилова Ж. Ж., Бафаев Ж. Т. ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА САХАРНОГО ДИАБЕТА (СД) II ТИПА	652
Ускова Н. М. МУЗЫКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ	654
Ускова Н. М., Андреев В. А. ОСНОВНЫЕ ВИДЫ И ПУТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВБИ В ОТДЕЛЕНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ	656
Усманова С. Р., Исаева Е. Е. ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ КИСЛОРОДТРАНСПОРТНОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СРОЧНОЙ СЛУЖБЫ МИНОБОРОНЫ РФ	657
Усольцев Д. М., Саракуло В. М., Кривопапов В. А., Сергеев С. А. ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ АПОНЕВРОТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ ПОСЛЕ ИХ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ	659
Усольцев Д. М., Саракуло В. М., Кривопапов В. А., Сергеев С. А. МЕТОД РЕКОНСТРУКЦИИ СОДЕРЖИМОГО МОШОНКИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЯИЧКА	661
Усольцев Д. М., Саракуло В. М., Кривопапов В. А., Сергеев С. А. МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ВНУТРИ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА	663
Усольцев Д. М., Саракуло В. М., Кривопапов В. А., Сергеев С. А. МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ПУЛЬМОНОЭКТОМИИ	665
Успенская Е. А., Стрельникова Ю. А. ТАБАКОКУРЕНИЕ – ГЛОБАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА	666
Фадеев Д. С. МОРФОЛОГИЯ НЕРВНЫХ СПЛЕТЕНИЙ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	667
Федак Е. В., Столбиков Ю. Ю. ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ	668

Федоров В. А., Калашикова Т. В., Золотухина В. М., Баращук О. А., Кравцова А. А., Тогочиева Д. П.–Д., Кузьменко А. П., Червоненко Е. В. ЗАВИСИМОСТЬ ИНТЕНСИВНОСТИ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КАРИОЗНОГО ПРОЦЕССА У ДЕТЕЙ 5-6 ЛЕТ ОТ УРОВНЯ ИХ САНИТАРНОЙ КУЛЬТУРЫ В ОБЛАСТИ СТОМАТОЛОГИИ	669
Федюнина А. Н. СОВРЕМЕННАЯ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ	671
Фетисова Е. С., Дмитриева Т. Н. ОТНОШЕНИЕ МОЛОДЕЖИ К СУГГЕСТИВНЫМ МЕТОДАМ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ	672
Филимонова Т. В. АНАЛИЗ ХАРАКТЕРНЫХ НАРУШЕНИЙ ЛИЦЕНЗИОННЫХ ТРЕБОВАНИЙ И УСЛОВИЙ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	674
Фирсова Т. С., Шевченко Н. И. ДИНАМИКА СТРУКТУРЫ ЛЕТАЛЬНОСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ	677
Фролов П. В. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НАГНОИВШИХСЯ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ КИСТ И ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	677
Фунтиков А. С., Рахимова А. В. КОНЦЕПЦИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	680
Фурсов М. А., Фролова О. В., Тагаева Г. А., Юдин Г. В., Фурсова А. А., Лалетин Д. И. РЕГУЛЯЦИЯ ЭКСПРЕССИИ CD38\АДФ-РИБОЗИЛЦИКЛАЗЫ. ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ПУТИ КОРРЕКЦИИ ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА	681
Халиуллина Ю. Р. КИСЛОТНАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ ЭРИТРОЦИТОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ С РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС СИНДРОМОМ	683
Хамидуллина Л. Н. ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ЗИГМУНДА ФРЕЙДА	686
Харина О. В., Щепина Т. П. ДЕГРАДАЦИЯ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПСИХОТИЧЕСКИМ И НЕПСИХОТИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ	687
Хижненко М. Ю. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОННОГО ПАРАМАГНИТНОГО РЕЗОНАНСА В ХИРУРГИИ	689
Хижненко М. Ю., Красавина Е. Ю., Брюханова П. А. ИССЛЕДОВАНИЕ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА МЕТОДОМ ИНДУЦИРОВАННОЙ ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНЦИИ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ПАТОЛОГИИ БИЛИАРНОГО ТРАКТА, И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ЕГО ПУТИ КОРРЕКЦИИ	691
Хосроева С. О. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ	693
Хохлова С. Н. «ИСКУССТВЕННЫЙ РАЙ» КАК МНИМОЕ ОБРЕТЕНИЕ СЕБЯ	694
Хохлова Е. В., Загуляева К. М. ЗДОРОВЬЕ ГЛАЗАМИ ШКОЛЬНИКОВ И ИХ РОДИТЕЛЕЙ	695
Храмченко Н. Д. ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	696
Хусейнова А. А., Бакиева Ч. Ш., Алимова Н. П. ТОРГОВЛЯ ЛЮДЬМИ – ПРОБЛЕМА ВЕКА	698
Хушматов Ш. С. ДЕЙСТВИЕ АЛКАЛОИДА ДЕЛЬФАТИНА НА СИСТЕМУ ТРАНСПОРТА CA ²⁺ В САРКОПЛАЗМАТИЧЕСКОМ РЕТИКУЛУМЕ КАРДИОМИОЦИТОВ	700
Царук О. Ф. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ЛИЗИНОПРИЛА И АМЛОДИПИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	702
Цибенко Я. А. АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ: ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ	704
Человасенко В. Б., Коновалов С. Г. ПРОСПЕКТИВНЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ТРАВМУ СЕРДЦА	706
Чемакина Д. С., Ишим И. А. ВЗАИМОСВЯЗЬ СОСТОЯНИЯ РЕБЁНКА С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ	707
Черевко С. А., Лахина Д. А., Виноградова Н. В. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ БИОДЕГРАДИРУЕМОГО ШОВНОГО МАТЕРИАЛА НА ОСНОВЕ ПОЛИОКСИАЛКАНОАТОВ	708

Черепанов С. М. ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ, ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ НОВОЙ ФОРМЫ АМОКСИЦИЛЛИНА/КЛАВУЛАНАТА ПРИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ	710
Черепанова А. А. ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫЕ ГЕЛЬМИНТОЗЫ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ, ПУТИ ИНВАЗИРОВАНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ.....	712
Черкасов Д. М., Газимагомедов Р. Ю., Смачный А. А., Трожецкий А. Ю. К ОБОСНОВАНИЮ НОВОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ РЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ.....	713
Чернецкий О. А., Симонов П. А., Волков Д. Ю., Ходаковская Н. Е. ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ НА РИСК РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	715
Чернобай А. А., Михайлов И. В. АНАЛИЗ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ПО МАТЕРИАЛАМ КРАСНОЯРСКОГО КРАЕВОГО ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА	716
Чиж Д. В., Крутилина Н. И., Минченя В. Т. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ НИЗКОЧАСТОТНОГО УЛЬТРАЗВУКА НАДТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ НА ПЕРЕВИВАЕМЫЕ ОПУХОЛИ	717
Чикинёр Р. Ю., Грудина К. И. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ И ГОРОДЕ КРАСНОЯРСК ПО ДАННЫМ ГODOVЫХ ОТЧЕТОВ КРАЕВОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА ЗА 2005–2007 ГГ.	718
Чихачева И. В., Смбалян А. С. АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ ПО ДАННЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ И ПРИ ПОМОЩИ АКДО	720
Чувашиов А. В. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СПОСОБОВ ПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОГО ЭНДОПРОТЕЗА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ, РЕЦИДИВНЫХ И БОЛЬШИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ	721
Чуйков М. А., Борисова О. И. ИЗУЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ПЕРТЕСА У ДЕТЕЙ ...	722
Чумак Н. М. АНАЛИЗ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО СТАТУСА И СТРУКТУРОПОСТРОЕНИЯ ФАЦИЙ СЛЮННОЙ ЖИДКОСТИ У ЗДОРОВЫХ КУРЯЩИХ И НЕКУРЯЩИХ ЛЮДЕЙ	723
Панферова О. А., Чурсина Т. В. АНАЛИЗ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОЦЕДУРЫ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ В Г. КРАСНОЯРСКЕ В ПЕРИОД С 2003 ПО 2007 ГГ.	724
Чурсина Т. В., Ломакина Н. А., Хаплак Б. Б. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭНДОБИЛИАРНЫХ СТЕНТОВ ИЗ БИОРЕЗОРБИРУЕМЫХ ПОЛИГИДРОКСИАЛКАНОАТОВ.....	726
Шапкина В. А., Панина Ю. С., Капустинский А. Н. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ВИРУСА ГЕПАТИТА В.....	728
Шатковская О. В. СПОСОБ РЕНТГЕНКОНТРАСТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА	730
Шашкова М. С., Сибирякова Т. В., Дабеева Т. Ю. НАСЕЛЕНИЕ Г. ЧИТЫ О КАЧЕСТВЕ ОКАЗАНИЯ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.....	732
Шилькиева И. А., Кондратенко Е. И. ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА УЧАЩИХСЯ ПЕРВЫХ КЛАССОВ В ДИНАМИКЕ УЧЕБНОГО ГОДА	733
Шипитиевская И. А. САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ КАЧЕСТВА ПИТЬЕВЫХ ВОД ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОМ ВОДОСНАБЖЕНИИ НА ПРИМЕРЕ ВОДОЗАБОРА ПЕТРОВЩИНА	734
Ширякова О. И., Лавренова Н. О. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКИХ ОТМОРОЖЕНИЙ В ДОРЕАКТИВНОМ ПЕРИОДЕ	737
Шитикова Ю. С., Торгашина М. В. АНАЛИЗ ПОСЛЕДСТВИЙ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА НОВОРОЖДЕННЫХ.....	739
Шнейдерман Е. В., Павлюкова И. А. СРАВНЕНИЕ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST (ПО МАТЕРИАЛАМ КРАСНОЯРСКОГО ГОРОДСКОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА 2005–2008 ГГ.).....	741
Шумейко К. Н., Ваневская Е. А., Светлакова Е. Н. К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ ПЬЕЗОЭЛЕКТРИЧЕСКОГО И МАГНИТОСТРИКЦИОННОГО УЛЬТРАЗВУКА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА	741

Шурко С. К., Медведев Ф. В., Русских А. Н. КОНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНГИОАРХИТЕКТониКИ ПЕЧЕНИ.....	743
Шурко К. С., Крекотин Л. В., Низовцева А. А., Семенова О. В. ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА	744
Шурко К. С., Харибян Ж. А., Аксютенко А. Н., Денисова А. Б. ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ.....	745
Элбакидзе О. С., Уткина Е. С., Осеян Л. С. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ У БОЛЬНЫХ ПОДОСТРЫМИ И ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗОВ.....	746
Эльдарава Г. Р. МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ РЫНКА ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИН ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА	748
Юдин А. Л., Васильев П. В. РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ С ВНУТРИВЕННЫМ КОНТРАСТИРОВАНИЕМ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	750
Юдина Т. А., Грубцова К. А., Храмцов В. А. ГИРУДОТЕРАПИЯ В СТОМАТОЛОГИИ.....	750
Юлдашева Д. Х., Намозова Х. Ж., Бакиева Ч. Ш. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФЕРРЕТАБА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ	751
Якимова С. И., Хилько Е. В., Ратко Е. А., Кочнева Е. А., Перьякова В. В., Тепень О. Б. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ.....	752
Якушев В. В., Кузнецов В. А. ХАРАКТЕРИСТИКА НЕЙРОНОВ ГАНГЛИОЗНОГО СЛОЯ МОЗЖЕЧКА МОЛОДЫХ КРЫС ПРИ ДЕЙСТВИИ ПАССИВНОГО КУРЕНИЯ	753
Янчишина Я. Я. МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ В ГЕРМАНИИ.....	754