

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ



Сборник научных статей
II республиканской научно-практической конференции
с международным участием студентов и молодых ученых
(Гомель, 29–30 апреля 2010 года)

Основан в 2009 г.

Выпуск 2

В двух томах

Том 2



Гомель
ГоГМУ
2010

Сборник содержит результаты анализа проблем и перспектив развития медицины в мире по следующим разделам: кардиология, кардиохирургия, хирургические болезни, гериатрия, инфекционные болезни, травматология и ортопедия, оториноларингология, офтальмология, неврологические болезни, нейрохирургия, медицинская реабилитация, внутренние болезни, педиатрия, акушерство и гинекология, гигиена, анестезиология, реаниматология, интенсивная терапия и др. Представлены рецензированные статьи, посвященные последним достижениям медицинской науки.

Редакционная коллегия: **А. Н. Лызиков** — доктор медицинских наук, профессор, ректор; **В. П. Ситников** — доктор медицинских наук, проректор по научной работе; **В. Я. Латышева** — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской реабилитации и психиатрии; **Е. И. Барановская** — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии; **Э. С. Питкевич** — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой нормальной физиологии; **М. Е. Абраменко** — кандидат исторических наук, доцент, проректор по воспитательно-информационной работе и довузовской подготовке; **В. Н. Бортновский** — кандидат медицинских наук, доцент, зав. кафедрой общей гигиены, экологии и радиационной медицины; **З. А. Дундаров** — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой хирургических болезней № 2 с курсом детской хирургии; **Е. А. Уланова** — доктор медицинских наук, зав. кафедрой внутренних болезней № 2; **И. А. Новикова** — доктор медицинских наук, доцент, зав. кафедрой клинической лабораторной диагностики; **Т. С. Угольник** — кандидат медицинских наук, доцент, зав. кафедрой патологической физиологии.

Рецензенты: доктор биологических наук **Мельнов С. Б.**; доктор медицинских наук, профессор **Грицук А. И.**; доктор медицинских наук, профессор **Карпов И. А.**

S. aureus является одним из наиболее часто выделяемых бактериальных агентов от пациентов с приобретенными внутрибольничными инфекциями, особенно у больных с ослабленной иммунной системой.

К настоящему времени достоверно доказана роль *S. aureus* в возникновении и развитии инфекций сердечных клапанов и суставных протезов [1]. Внутрибольничная циркуляция стафилококк-ассоциированной инфекции осложняется появлением устойчивых к антибиотикам штаммов. В частности, устойчивые к метициллину штаммы *S. aureus* являются серьезной проблемой в лечебных учреждениях по всему миру. При этом летальность от инфекций, вызванных *S. aureus*, даже при применении современных антибактериальных средств, может достигать 30 % [1].

Совершенствование медицинских технологий, в частности широкое использование искусственных имплантируемых и внутрисосудистых устройств (эндопротезы, катетеры и др.), создало новую экологическую нишу для микробов. Особенность имплантируемых устройств как субстратов состоит в том, что адгезия *S. aureus* практически неизбежна и приводит к образованию биопленки из-за отсутствия факторов, противодействующих этому процессу [2, 3].

Подавляющее большинство индивидуальных клеток в составе биопленки находится в состоянии покоя и характеризуется крайне низкой чувствительностью к воздействию антибактериальных агентов. В отдельных участках биопленки периодически возникают очаги размножения, в результате чего в окружающую среду выделяются свободные (планктонные) клетки микроорганизмов, составляющие основу патогенеза катетер-ассоциированных инфекций [2].

Учитывая широкое распространение *S. aureus* и его связь с внутрибольничными инфекциями, изучение микробной адгезии на уровне молекулярной природы лиганд-рецепторного взаимодействия, является актуальной проблемой для практического здравоохранения, решение которой позволило бы разработать профилактические меры, направленные на подавление ранних этапов инфекционного процесса, и заложить основу антиадгезивной профилактики и терапии.

Одним из подходов к предупреждению инфекционного процесса, является создание эффективных препаратов, предотвращающих взаимодействие микробов с клетками макроорганизма на молекулярном уровне. Такой подход позволяет предотвратить заболевание на самом раннем этапе — микробной адгезии.

Цель работы — анализ современных методов оценки адгезивных свойств *S. aureus*.

Одним из основных «базовых» метода изучения микроорганизмов и их свойств является световая микроскопия, ввиду ее доступности, а также простоты, дешевизны и достаточной информативности получаемых данных. Исключение использования жидких фиксаторов и гистологических красителей позволяет исследовать межклеточные взаимодействия с минимизацией нарушения естественной архитектоники клеток.

Растровая и просвечивающая электронная микроскопия позволяет получать данные о молекулярных структурах микробных адгезинов и структуре биопленок.

Атомно-силовая микроскопия (АСМ) — современный метод, ставший альтернативой электронной микроскопии. АСМ может быть использован для анализа межклеточных взаимодействий на молекулярном уровне. Кроме того, с помощью данного метода

можно оценить силу отталкивания или прилипания бактерий к практически любому биоматериалу [3]. Метод дает истинно трехмерный рельеф поверхности, не требует нанесения проводящего металлического покрытия. Большинство режимов АСМ могут быть реализованы на воздухе или даже в жидкости.

Конфокальная лазерная сканирующая микроскопия (CLSM) является ценным недавно разработанным методом морфологического исследования бактерий и биопленок. CLSM имеет большое будущее в исследовании поверхностных структур биопленки, без нарушения ее целостности, и дает трехмерное изображение исследуемых образцов.

Таким образом, современные достижения науки позволяют производить изучение адгезивных свойств *S. aureus* на различных уровнях (молекулярном, клеточном и т. д.). Исследование этой способности *S. aureus* в клинической практике позволит мониторировать изменения взаимоотношений между микроорганизмом и клетками хозяина и разработать на этой основе новые методы профилактики инфекций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Staphylococcus aureus and Staphylococcal Disease [Electronic resource] / ed. T. Kenneth. — Today's Online Textbook of Bacteriology. — Mode of access: <http://textbookofbacteriology.net/staph.html>. — Date of access: 24.01.2009
2. Белобородова, Н. В. Микробные биопленки / Форум Московского государственного медико-стоматологического университета [Электронный ресурс]. — 2009. — Режим доступа: http://msmsu.info/wiki/index.php?title=Микробные_биопленки. — Дата доступа: 1.03.2010.
3. Yuehuei, H. Handbook of bacterial adhesion: principles, methods, and applications / H. An Yuehuei, J. Richard. — Totowa, New Jersey, 2000. — 631 p.

УДК: 616.12-007.1-053.1-053.2

СТРУКТУРА И ТЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

Литвинова Ю. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. С. Ивкина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Врожденные пороки сердца (ВПС) — это аномалии развития сердца и сосудов со сбросом крови через порочные сообщения, наличием препятствия выбросу крови или комбинацией этих нарушений. В Республике Беларусь ежегодно рождается 600–700 детей с ВПС.

Цель

Изучить частоту встречаемости, особенности течения, осложнения ВПС у детей.

Материал и метод исследования

Для реализации поставленной цели было проанализировано 116 историй болезни детей, находящихся на стационарном лечении в кардиоревматологическом отделении Гомельской областной детской клинической больницы с ВПС с января по август 2009 года.

Результаты исследования

Заболеваемость ВПС среди мальчиков выше. Из 116 случаев 68 (58,6 %) — мальчики и 48 (41,4 %) — девочки.

ДМПП встречается чаще у девочек, а такие пороки как ДМЖП, двустворчатый аортальный клапан, недостаточность клапана аорты — у мальчиков. Средняя длительность госпитализации — 12,4 дней. ВПС у жителей города встречаются чаще — 76 (65,5 %) случаев. ВПС у родственников отмечались в 6 (5,2 %) случаях. У большинства детей (62 случая — 53,45 %) был выставлен диагноз при рождении.

Среди всех детей с ВПС хирургическая коррекция была проведена 39 (33,6 %) больным. Наиболее часто встречаемый врожденный порок сердца — дефект межпредсердной перегородки 21 (18,1 %) случай. Двустворчатый аортальный клапан 16 (13,8 %) случаев, недостаточность клапана аорты 15 (12,9 %) случаев, дефект межжелудочковой перегородки 10 (8,6 %) случаев, стеноз легочной артерии и сочетанный порок аортального клапана по 7 (6 %) случаев, АВ-коммуникация 4 (3,4 %) случая, открытый артериальный проток 4 (3,4 %) случая и др. Признаки сердечной недостаточности отмечаются в

36 (31,0 %) случаях: причем недостаточность кровообращения 1 степени — 21 (18,1 %) случай, недостаточность кровообращения 2а степени — 14 (12,1 %), недостаточность кровообращения 2б степени — 1 (0,9 %) случай.

Наиболее частыми жалобами при поступлении были боли в области сердца 36 (31,0 %) больных, слабость и утомляемость после физической нагрузки — 28 (24,1 %), одышку после физической нагрузки — 22 (18,9 %) человека. Общее состояние при поступлении у большинства (96 (82,8 %)) детей средней степени тяжести, у 20 (17,2 %) — тяжелое.

Объективные данные: бледность кожных покровов отмечалась у 66 (56,9 %) больных, одышка — у 11 (9,5 %), акроцианоз — у 6 (5,2 %), деформация грудной клетки — у 6 (5,2 %), увеличение печени — у 14 (12,1 %), пастозность нижних конечностей — у 3 (2,6 %) больных.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) сердца было проведено всем исследуемым. Выявлено наличие аномальных трабекул и хорд левого желудочка у 37 (31,9 %) больных, легочной гипертензии у 1 (0,9 %) пациента. Кардиомегалия на рентгенограмме отмечается у 9 (7,8 %) больных, увеличение дуг сердца — у 3 (2,59 %). Наиболее часто встречаемое изменение на ЭКГ: неполная блокада правой ножки пучка Гиса — 37 (31,9 %) случаев, диффузные изменения в миокарде — 28 (24,1 %), брадикардия — 16 (13,8 %), перегрузка левого желудочка — 9 (7,8 %) случаев. 19 пациентам проводилось Холтеровское ЭКГ исследование. Наиболее часто встречаемое изменение на ХолтерЭКГ — пейсмекерная дисфункция синусового узла — 11 (9,5 %) случаев, эктопическая активность миокарда — 10 (8,6 %) случаев. Всем пациентам проводилась кардиотрофная терапия. Сердечные гликозиды (дигоксин) получали 3 (2,6 %) больных, диуретики (гидрохлортиазид и спиронолактон) — 3 (2,6 %) больных. Все пациенты выписаны с положительной динамикой.

Выводы

1. ВПС чаще встречается у мальчиков. Распространенность ВПС среди жителей города выше. Наиболее распространенным пороком является — ДМПП.

2. Наиболее частые жалобы больных с ВПС: боли в области сердца, слабость, утомляемость. При аускультации у большинства детей выслушивается шум в области сердца. На ЭКГ наиболее часто встречаются: неполная блокада правой ножки пучка Гиса, диффузные изменения в миокарде, перегрузка левого желудочка. ВПС часто считаются с малыми аномалиями сердца (ложные хорды, аномальные трабекулы).

4. У 1/3 больных выявлены признаки недостаточности кровообращения. Чаще встречалась недостаточность кровообращения 1 степени.

5. Все дети получали кардиотрофную терапию. Дигоксин назначался только при 2а степени. Большинство детей выписано с улучшением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоконов, Н. А. Болезни сердца и сосудов у детей / Н. А. Белоконов, Н. Б. Кубергер. — М., 1987. — 480 с.
2. Усов, И. Н. Здоровый ребенок: справочник педиатра / И. Н. Усов. — 2-е изд., перераб. и доп. — Мн.: Беларусь, 1994. — 446 с.

УДК:616.12-007.1-053.1:616.125.6

ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК СЕРДЦА: ДЕФЕКТ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У ДЕТЕЙ

Литвинова Ю.С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. С. Ивкина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) — это врожденный порок сердца, характеризующийся аномальным сообщением между левым и правым предсердия-

ми. Этот порок сердца является довольно распространенным и составляет 7–15 % среди всех врожденных пороков сердца.

Цель

Изучить частоту встречаемости, особенности течения, осложнения порока дефекта межпредсердной перегородки у детей.

Для реализации поставленной цели было проанализировано 29 историй болезни детей, находящихся на стационарном лечении в кардиоревматологическом отделении Гомельской областной детской клинической больницы с ВПС с января по октябрь 2009 г.

Результаты исследования

В результате проведенного исследования установлено, что заболеваемость ДМПП среди девочек — 17 (58,6 %) случаев выше, чем среди мальчиков — 12 (41,4 %) случаев. ДМПП среди жителей города встречается чаще — 22 (75,9 %) случая, чем среди жителей сельской местности — 7 (24,1 %) случаев. Наследственность без особенностей у большинства — 28 (96,5 %) случаев. Диагноз был выставлен при рождении в 17 (58,6 %) случаях. Прооперированы по поводу порока были 17 (58,6 %) детей. У большинства больных — 18 (62,1 %) случаев физическое развитие соответствовало среднему для возраста. У 11 (37,9 %) человек жалоб не предъявляли. Наиболее частыми жалобами при поступлении были: боли в области сердца — 9 (31,0 %) больных, слабость и утомляемость после физической нагрузки — 6 (20,7 %) больных, одышка после физической нагрузки — 7 (24,1 %) человек. Общее состояние при поступлении у большинства — 27 (93,1 %) детей было средней степени тяжести, у 2 (6,9 %) детей — тяжелое. Бледность кожных покровов при объективном исследовании определялось у 23 (79,3 %) больных. Синева под глазами описана у 1 (3,5 %) пациента. Деформация грудной клетки была выявлена у 2 (6,9 %) больных. Границы относительной сердечной тупости расширены в 1 (3,5 %) случае. У всех больных выслушивался систолический шум. При глубокой пальпации живота увеличение печени выявлено у 4 (13,8 %) больных. Пастозность лица определялась у 1 (3,5 %) больного. Признаки сердечной недостаточности (НК) отмечались у 5 (17,2 %) детей, причем, НК 1 степени — 4 (13,8 %) случая, НК 2а степени — 1 (3,5 %) случай.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) сердца было проведено всем исследуемым. Было выявлено наличие аномальных трабекул и хорд левого желудочка у 10 больных, что составляет 34,5 %, дилатация правых камер сердца выявлена у 6 (20,7 %) больных. На рентгенограмме органов грудной клетки кардиомегалия отмечалась в 3 (10,3 %) случаях. Наиболее часто встречаемое изменение на ЭКГ — неполная блокада правой ножки пучка Гиса — 12 (41,4 %) случаев, нарушения процессов реполяризации желудочков — 7 (24,1 %) случаев. При УЗИ внутренних органов увеличение печени отмечалось у 4 (13,8 %) пациентов.

Основу терапии составили кардиотрофные препараты (милдронат, рибоксин, неотон, препараты калия и др.). Средняя длительность данной госпитализации составила 12 дней. 26 (89,6 %) больных были выписаны в удовлетворительном состоянии и 3 (10,3 %) с положительной динамикой.

Выводы:

1. ДМПП чаще встречается у девочек, чем у мальчиков. Распространенность ДМПП среди жителей города выше, чем среди жителей сельской местности. Ранняя диагностика порока отмечена примерно в половине случаев.

2. Наиболее частые жалобы больных: боли в области сердца и одышка после физической нагрузки. У большинства больных физическое развитие среднее гармоничное. При аускультации у всех детей выслушивался шум в области сердца. Признаки недостаточности кровообращения у большинства детей отсутствовали.

3. На ЭКГ наиболее часто отмечались: неполная блокада правой ножки пучка Гиса, нарушения процессов реполяризации желудочков. Частыми изменениями при УЗИ сердца кроме дефекта межпредсердной перегородки являются ложные хорды и аномальная диагональная трабекула левого желудочка.

4. Все дети получали кардиотрофную терапию. Большинство детей выписано в удовлетворительном состоянии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоконь, Н. А. Врожденные пороки сердца / Н. А. Белоконь, В. П. Подзолков. — М.: Медицина, 1991. — 360 с.
2. Мутафьян, О. А. Пороки и малые аномалии сердца у детей и подростков / О. А. Мутафьян / СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2005. — 480 с.

УДК 616.7

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ НАСЕЛЕНИЯ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В 1997–2009 гг.

Литвинович Н. С., Андреева М. И., Бондаренко А. О.

Научный руководитель: асс. А. Н. Волченко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Ветряная оспа — самая распространенная «детская» инфекция в мире и представляет собой острое инфекционное заболевание, сопровождающееся лихорадкой, папулезно-везикулярной сыпью на коже и слизистых оболочках, вызываемая вирусом группы герпеса. Заболеваемость ветряной оспой населения Республики Беларусь в последние годы составляет 410, 64–548,60 ‰_{0000} случаев [2]. Ветряная оспа характеризуется высоким показателем очаговости и последствием ее могут быть осложнения в виде ветряночного энцефалита, менингоэнцефалита, реже — миелита, нефрита, миокардита, нефрита, миокардита, нефрита.

Материалом для эпидемиологического анализа заболеваемости ветряной оспой и изучение ее географического распространения явились данные о случаях заболевания, зарегистрированные в Гомельской области в 1997–2009 гг. Были проанализированы данные учетно-отчетной документации ГУ «Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья», ГУ «Областное статистическое управление по Гомельской области». Для исследования применен метод ретроспективного эпидемиологического анализа [1].

Результаты и обсуждение

Заболевание занимает 2-е место по эпидемиологической, социальной и экономической значимости в Гомельской области после ОРВИ. Среднегодовой показатель заболеваемости населения Гомельской области за анализируемый период составил 517,93 ‰_{0000} с колебаниями от 413,43 в 2002 году до 703,39 ‰_{0000} в 2000 году. Многолетняя динамика заболеваемости характеризовалась прямолинейной зависимостью с тенденцией к умеренному росту, ежегодно заболеваемость увеличивается на 2,9

Заболеваемость ветряной оспой характеризуется выраженной периодичностью. За анализируемый период было зарегистрировано 2 полных цикла (1997–2000, 2001–2007). В настоящее время заболеваемость находится на стадии подъема. Эпидемически неблагоприятные годы 1997, 2000, 2005–2007, 2009, средний показатель за эти годы со-

ставил 583,74 0/0000 Эпидемически благополучные годы — 1998, 1999, 2001–2004, 2008 среднемноголетний показатель составил 461,48⁰/0000.

В течение 1997–2009 гг. среди населения Гомельской области суммарно было зарегистрировано 102105 случаев заболевания ветряной оспой, наиболее часто в эпидемический процесс вовлекались дети (94 %). Среди детей чаще всего заболеваемость регистрировалась в возрасте 3–6 лет, и составляет 64 % от всего заболевшего детского населения (суммарно 61 532 случаев). 87 % заболевших ветрянкой проживают в городах.

Сезонный подъем отмечается в зимнее-весенний период, с января по апрель. Максимум заболеваний приходится на январь месяц и составляет в среднем 80,9⁰/0000; минимальный уровень заболеваемости регистрируется в августе –14,431⁰/0000, среднегодовой уровень заболеваемости составил 44,6⁰/0000.

Максимальное число заболеваний на 100 тыс. населения (522,2–690,2) было зарегистрировано в Жлобинском, Лоевском, Светлогорском, Хойницком районах. Сюда же относятся г. Гомель и г. Мозырь, уровень заболеваемости в которых и определяет общую тенденцию заболеваемости в области. Вклад г. Гомеля колебался от 35,9 до 47,3 % заболеваемости по области в целом, вклад г. Мозыря 5,4–18,4 %. Высокая заболеваемость также отмечалась также в Брагинском, Буда-Кошелевском, Калинковичском, Рогачевском, Чечерском районах (3-й квартиль, 428,6–517,9⁰/0000).

На оставшихся административных территориях отмечался средний и низкий уровень заболеваемости ветряной оспой, однако соотношение детей к взрослому населению было примерно одинаковым по сравнению с районами с высокой заболеваемостью (17,1 и 16,3 % соответственно). В сельской местности ветряная оспа регистрировалась в 1,5 раза реже, чем по области в целом.

Выводы

Заболеваемость ветряной оспой в области находится на высоком уровне и характеризуется тенденцией к умеренному росту. Проявления эпидемического процесса в крупных городах отражают таковые по области в целом. В группу риска входят дети 3–6-ти лет, проживающие в крупных городах, сезонный подъем отмечается с января по апрель.

ЛИТЕРАТУРА

1. Эпидемиологическая диагностика: учебное пособие. / Г. Н. Чистенко [и др]; под общ. ред Г. Н. Чистенко. — Мн., 2007. — 148 с.
2. Эпидемиология. Противоэпидемические мероприятия в очагах инфекционных болезней: учебное пособие / Г. Н. Чистенко под общ. ред Г. Н. Чистенко. — Мн: Новое знание, 2007. — 365 с.
3. Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник / Покровский В. И [и др]. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. — 816 с.

УДК 616.94:616-006.446-073-071-036.

ПРОКАЛЬЦИТОНИН В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА

Логинова О. П.

**Научные руководители: д.м.н., профессор И. А. Новикова,
к.б.н. Н. И. Шевченко**

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Государственное учреждение

**«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»**

г. Гомель, Республика Беларусь

У больных, находящихся в критическом состоянии с клиническими признаками системного воспаления, сепсис трудно отличить от других неинфекционных синдро-

мов. Инфекционные осложнения и, в частности, сепсис являются одной из главных причин смертности больных с онкогематологическими заболеваниями [1]. Не вызывает сомнений и тот факт, что высокая смертность от сепсиса во многом обусловлена его поздней диагностикой и неэффективным мониторингом проводимого лечения [2, 3]. В связи с этим требуется использование совершенных и надежных маркеров для дифференциальной диагностики системной воспалительной реакции, осложнений от применяемой цитостатической терапии и транзиторной бактериемии.

Цель работы: анализ возможности применения теста на прокальцитонин для дифференциальной диагностики между транзиторной бактериемией и системным воспалительным ответом.

Материалы и методы

Обследовано 580 пациентов с онкологическими заболеваниями крови, имеющих клинические признаки инфекции (гипертермия, лейкоцитоз или лейкопения, увеличение ЧСС, увеличение частоты дыхания). Уровень прокальцитонина (PCT) определялся в сыворотке крови. Определение уровня PCT осуществлялось на иммунологическом анализаторе VIDAS фирмы bioMérieux (Франция). Параллельно с определением PCT проводился посев крови на стерильность. Для первичной инкубации использовалась автоматизированная система длительного мониторинга BacT/ALERT 3D (bioMérieux, Франция). Посев крови осуществлялся во флаконы со стандартизированной средой, содержащей активированный уголь для поглощения антибиотиков.

Статистическая обработка производилась с помощью пакета программ «Statistica 6.0». Достоверность различия частоты встречаемости признака анализировали при помощи χ^2 — критерия Пирсона в таблицах 2×2. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Бактериemia зарегистрирована у 67 (11,6 %) обследованных пациентов. Уровень прокальцитонина колебался от 0,05 нг/мл до 74,48 нг/мл. Согласно контрольным диапазонам концентрации PCT в сыворотке крови [4], пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили пациенты с уровнем прокальцитонина $< 0,5$ нг/мл — 366 человек, вторую — пациенты с уровнем PCT $0,06 - > 2$ нг/мл — 214 человек. В первой группе бактериemia зарегистрирована в 20 (19,8 %) случаях. В связи с тем, что концентрации PCT в данной группе повышена незначительно это может свидетельствовать о наличии локального воспаления, либо о транзиторной бактериемии. Возможно гипертермия, увеличение ЧСС у пациентов этой группы имеют неинфекционное происхождение, в частности, являются побочными реакциями на применение цитостатических препаратов. Во второй группе пациентов бактериemia зарегистрирована в 47 (70,2 %) случаях. Различие в частоте выявления бактериемии статистически значимо ($p < 0,0001$). Данный факт указывает на то, что у пациентов этой группы имеет место синдром системного воспалительного ответа инфекционного генеза (бактериального, грибкового), дальнейшие наблюдения за этими пациентами подтвердили это предположение.

Таким образом, определение уровня прокальцитонина в сыворотке крови можно рекомендовать для дифференциальной диагностики системного воспалительного процесса, транзиторной бактериемии и побочных эффектов на введение цитостатических препаратов у онкогематологических пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Румянцев, А. Г. Сопроводительная терапия и контроль инфекций при гематологических и онкогематологических заболеваниях: руководство для врачей / А. Г. Румянцев, А. А. Масчан, Е. В. Самочатова. — М.: «МЕДПРАКТИКА-М», 2006. — 379 с.
2. Сепсис: Клинико-патофизиологические аспекты интенсивной терапии / В. В. Мороз [и др.] // «ИнтелТек». — Петрозаводск, 2004. — 291 с.
3. Белобородова, Н. В. Поиск «идеального» биомаркера бактериальных инфекций / Н. В. Белобородова, Д. А. Попов // Клиническая анестезиология и реаниматология. — 2006. — № 3. — С. 30–39.
4. Meisner, M. Procalcitonin — a new, innovative infection parameter / M. Meisner // Berlin: Brahms Diagnostica. — 1996. — P. 3–41.

ПРАВОСЛАВНЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭВТАНАЗИЮ

Лукияненко Т. Н.

**Научный руководитель: асс. кафедры внутренних болезней № 2
с курсом эндокринологии О. Н. Кононова****Учреждение образования****«Гомельский государственный медицинский университет»****г. Гомель, Республика Беларусь**

Рассматривая эвтаназию, можно понять мировоззрение больных людей, прибегающих к этому отчаянному средству. Совершая по жизни грехи, человек приходит к такому душевному состоянию, когда ему необходимо совершить сознательный и свободный выбор: слушать дальше укоры беспокойной совести или заглушить ее и жить спокойно в этом мире, особенно не переживая своих дурных поступков. Перешагнув через совесть человек все равно будет периодически испытывать ее обличения и угрызения, поэтому он начинает выстраивать свою внутреннюю систему, если хотите — свою «философию» для самозащиты. Но от кого? — От Бога, от гласа Божия в своем сердце. Постепенно помрачаясь и ожесточаясь, человек начинает роптать на жизнь, на Бога и испытывать ненависть к ним. Следующий шаг — полное вычеркивание Бога из своей жизни, т.е. духовное самоубийство. Поэтому «эвтаназии» как одной из разновидностей телесного самоубийства предшествует самоубийство духовное. Для человека, душа которого погибла еще при этой жизни, жизнь как таковая не представляет особой ценности и даром Божиим. «Поэтому Церковь, оставаясь верной соблюдению заповеди Божьей «не убивай», не может признать нравственно приемлемыми распространенные ныне в светском обществе попытки легализации так называемой эвтаназии, то есть намеренного умерщвления безнадежно больных (в том числе по их желанию). Просьба больного об ускорении смерти подчас обусловлена состоянием депрессии, лишаящим его возможности правильно оценивать свое положение. Признание законности эвтаназии привело бы к умалению достоинства и извращению профессионального долга врача, призванного к сохранению жизни и здоровья пациента [1]. Характерно такое понимание смысла жизни: мы рождаемся в этот мир и живем для того, чтобы умереть, а умираем для того, чтобы вечно жить с Богом. В соответствии с этим, смерть воспринимается как небольшой этап, часть продолжения жизни — не как точка в его бытии, а как запятая. Тогда возникает примирение с судьбой, не как воля, беспомощно и безропотно, бредущего на бойню смерти, а как измученного сына, радостно — через смерть, как последнее препятствие — спешащего в объятия Отца.

Православное понимание непостыдной кончины включает подготовку к смертному исходу, который рассматривается как духовно значимый этап жизни человека. Больной, окруженный христианской заботой, в последние дни земного бытия способен пережить благодатное изменение, связанное с новым осмыслением пройденного пути и покаянным предстоянием перед вечностью. А для родственников умирающего и медицинских работников терпеливый уход за больным становится возможностью служения Самому Господу, по слову Спасителя: «Так как вы сделали это одному из братьев Моих меньших, то сделали Мне» [2]. Сокрытие от пациента информации о тяжелом состоянии под предлогом сохранения его душевного комфорта нередко лишает умирающего возможности сознательного приуготовления к кончине и духовного утешения, обретаемого через участие в Таинствах Церкви, а также омрачает недоверием его отношения с близкими и врачами. Эвтаназия является формой убийства или самоубийства, в зависимости от того, принимает ли в ней участие пациент. В последнем случае, к эвтаназии применимы соответ-

вующие канонические правила, согласно которым намеренное самоубийство, как и оказание помощи в его совершении, расцениваются как тяжкий грех. Умышленный самоубийца, который «соделал сие от обиды человеческой или по иному какому случаю от малодушия», не удостоивается христианского погребения и литургического поминовения» [1].

Выводы:

1. Самоубийство — это не сокращение страданий, а продление.
2. Убийство само по себе представляет также род самоубийства, поскольку жизнь твоя и твоего соседа — это одна жизнь. Но убийством ты намереваешься убить часть жизни, которая может защищаться от тебя, тогда как самоубийством ты намереваешься убить часть жизни, которая от тебя не может защититься. Да, жизнь в твоём соседе может защититься от тебя, а жизнь в тебе совершенно беззащитна со стороны тебя. А убийство того, кто беззащитен, влечет за собой кару и мучения во всех царствах жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Священник Сергей Филимонов. Несколько слов об эвтаназии (духовные механизмы медицинского самоубийства) // Проблема человека: Философские, исторические, медицинские, правовые, социологические, этические и культурологические аспекты: Сборник научных трудов. — СПб, 2008. Вып. VII. — С. 57–59.
2. Филимонов С. В., Череватенко Р. И., Коржевский Д. Э. Православное отношение к проблеме «смерти мозга» // Материалы XI Международных Рождественских образовательных чтений. — М., 2004. — С. 4–22.

УДК: 616-036.88

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОБЛЕМУ «СМЕРТЬ МОЗГА»

Колташев М. А.

Научный руководитель: О. Л. Палковский

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В Беларуси с начала 2009 г. проведено 6 операций по трансплантации сердца, 15—печени, а также 59 операций по пересадке почек, в том числе — 2 детям и 1 в комплексе с поджелудочной железой. Это высокий показатель, отражающий развитие здравоохранения и хирургии, в частности, так как впервые были выполнены трансплантации сердца, поджелудочной железы, а также первые операции по пересадке почек детям. Решение вопроса установления самого факта смерти, позволяющего произвести изъятие органов, вышло за рамки медицинской проблемы и вызвало самые противоречивые взгляды в обществе [1].

Критерии «смерти мозга»

В 1959 г. Французы Моллар и Гулон описали состояние запредельной комы «coma de passé» то, что в последствии и стало называться «смертью мозга». Разумеется, через небольшой интервал времени после смерти мозга наступает истинная, биологическая смерть, но жизнь в коматозном теле можно поддерживать искусственным путем [2].

Таким образом, новые технологии сделали возможным относительно долго поддерживать тело пациента в «подвешенном» терминальном состоянии, из которого есть только один «выход» — биологическая смерть. Но, само тело, в котором искусственно поддерживается кровообращение и дыхание, а кожные покровы — розовые, теплые, обретает совершенно не обычный статус, который можно описать так: «Ни жив, ни мёртв». И, что самое главное, физиологическое состояние внутренних жизненно важных органов сохраняется, т. е. они могут быть использованы для пересадки. Казалось бы, решение для трансплантологии найдено, ведь ежегодно в катастрофах, авариях погибает много людей, к тому же чаще в молодом возрасте. Искусственно поддерживая жизнедеятельность организма пациента с диагнозом «смерть мозга» можно получить достаточное количество необходимых для трансплантологии органов. Но, традиционный критерий не позволяет констатировать смерть пациента при наличии пусть и искусственного дыхания и

кровообращения и, таким образом, любая попытка изъять органы из «дышащего организма» приравнивается к преднамеренному убийству. Не важно, что сознание необратимо утрачено, ведь сознание (мозг) не было одним из составных факторов определения биологической смерти. И тогда перед медициной, перед трансплантологией возник совершенно новый вопрос: «Возможно ли перейти от традиционного кардио-пульмонологического критерия (биологическая смерть) к новому, неврологическому, и констатировать смерть человека на основании необратимой смерти головного мозга?»

Эту задачу разрешила работа специального комитета Гарвардской медицинской школы в 1968 г. В изданном отчете о его работе было предложено, наряду с традиционным критерием, использовать новый — «смерть всего мозга» и, таким образом, предоставить врачам законное право использовать органы пациента в трансплантологии. Следует подчеркнуть, что «смерть мозга» и «биологическая смерть» являются равноправными критериями одного и того же события — смерти. И в первом и во втором случае перед нами труп человека, но, разумеется, с различными характеристиками. Забегая вперед, отметим, что, как в западной литературе, так и в нашей прессе можно встретить такие заявления, как «пациент с диагнозом смерть мозга умер через три недели». Это отражает самую болезненную точку современной биоэтики — ни профессионалы, ни рядовые граждане не могут принять от начала и до конца новый критерий смерти. Пациент с диагнозом смерть мозга — уже мертв. «Больной, у которого констатирована смерть мозга, является живым трупом, как принято говорить препарат «сердце – легкие». Это точка зрения медицины. Религия, да и общество, в целом, не может спокойно признать мертвой беременную женщину, плод которой продолжает развиваться, несмотря на то, что у матери констатировали «смерть мозга».

Смерть как явление

Проблема смерти — это проблема, по существу, своему морально-религиозная и медицинская. Отсюда возникает явное противоречие между диагнозом «смерть мозга» и религиозными взглядами на смерть человека, со стороны которых этот критерий является не корректным по отношению к духовной смерти человека — освобождению души. На протяжении многих лет возникал вопрос: «Где же находится душа у человека?», и очень большое количество ответов на этот вопрос, однако, не один из них, к сожалению, не может быть доказан. Душой, за неимением лучших формулировок, называют, например, и то, что будто бы выходит из тела, когда человек умирает [4]. Как нельзя утверждать, что душа в мозге, с той же вероятностью нелогично ставить критерием пересадки органов, да и, вообще, смерти человека, «смерть мозга». Следовательно, смерть мозга с точки зрения религии не является смертью. Существует большое количество фактов о жизни человека «без мозга», то есть с большими травмами мозга, несовместимыми с жизнью [5].

Также интересным становится еще одно явление — существует реальная возможность общения с «вегетативными» пациентами. И первую попытку вступить в контакт предпринял Адриан Оуэн (Adrian Owen) из университета Кэмбриджа (University of Cambridge) в 2006 г. [7]. И подобных случаев с каждым днем становится все больше и больше. Возникает вопрос, можно ли расценивать вегетативное состояние достаточным основанием для принятия решения о взятии органов у пациента.

Заключение

Таким образом, мы приходим к тому, что в настоящее время совершенно не корректно пользоваться критерием смерти человека «смерть мозга». Разногласия медицины и религии ставят серьезный вопрос в трансплантологии, и необходимости пересмотра концепции смерти.

ЛИТЕРАТУРА

1. <http://doctor.by/>.
2. <http://smozga.ru/tag/kriterii/>.
3. <http://phenomen.ru/public/journal.php?article=44>.
4. <http://treat.narod.ru/m2.html>.
5. http://kanud.ru/without_brain.html, <http://ctac.livejournal.com/26748.html>.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЛИЦ УМСТВЕННОГО ТРУДА

Мажанова Н. Г.

Научный руководитель: ассистент Г. А. Медведева

Учреждение образования

«Гомельский государственный университет им. Франциска Скорины»

г. Гомель, Республика Беларусь

В настоящее время особую актуальность приобрел вопрос о биологическом или функциональном возрасте человека, поскольку календарный (хронологический, паспортный) возраст не является критерием состояния здоровья и трудоспособности [1].

Не вызывает сомнения, что календарный возраст не может являться достоверным показателем для прекращения трудовой деятельности или профессиональной переориентации [2]. Учитывая особенности труда учителя, отрицательно влияющего на его здоровье, нами было проведено исследование, включающее определение биологического возраста педагогов г. Гомеля [3].

Методика исследований включала физиологическое тестирование, включающее тест на самооценку здоровья, тесты на показатели, характеризующие биологический возраст; расчетные формулы для определения биологического и должного биологического возраста [4].

По уровню функционального биологического возраста все учителя были разделены на три группы: 1) педагоги, с замедленными темпами старения; 2) педагоги, чей биологический возраст равен должному биологическому возрасту; 3) педагоги с ускоренными темпами старения. На рисунке 1 показано процентное распределение педагогов по темпам старения в зависимости от календарного возраста.

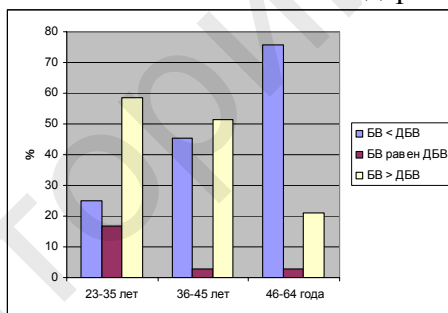


Рисунок 1 — Процентное распределение по темпам старения в зависимости от календарного возраста

На рисунке 2 представлены темпы старения педагогов в зависимости от педагогической деятельности.

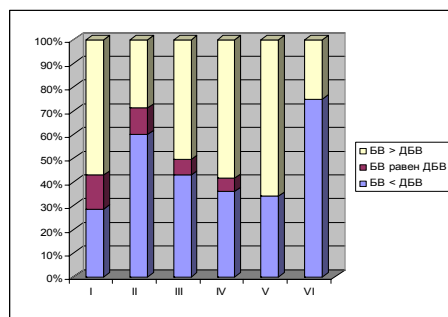


Рисунок 2 — Процентное распределение по темпам старения педагогов в зависимости от педагогической деятельности:

I — учителя естественнонаучных предметов; II — учителя точных наук;

III — учителя гуманитарных наук; IV — учителя начальных классов;

V — учителя ИЗО, музыки, физ-ры; VI — администрация школ.

Преждевременное старение начинает развиваться у педагогов в возрасте 23–35 лет, сказываясь на их трудоспособности, и поэтому профилактика, в широком смысле этого слова, должна учитывать биологический возраст. В свою очередь, разработка средств предупреждения преждевременного старения может улучшить «качество» и увеличить «количество» жизни лиц умственного труда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Филатова, С. А. Геронтология / С. А. Филатова, Л. П. Безденежная, Л. С. Андреева. — Ростов н/Д.: Феникс, 2005. — 502 с.
2. Яцемирская, Р. С. Социальная геронтология / Р. С. Яцемирская, И. Г. Беленькая. — М.: ВЛАДОС, 1999. — 250 с.
3. Заруба, Н. А. Темпы старения учителей Кемеровской области / Н. А. Заруба, Н. А. Литвинова, Е. В. Броздовская // Валеология. — 2007. — № 1. — С. 27–29.
4. Калюнов, В. Н. Практикум по физиологии человека и животных: учеб. пособие / В. Н. Калюнов, Т. А. Миклуш. — Мн.: БГПУ, 2004. — 152 с.

УДК 616.15:546.723] – 092.4

ПОКАЗАТЕЛИ КРЕАТИНКИНАЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ КОРОВ ПРИ ВВЕДЕНИИ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА «АНТИКЕТ» И ФЕРРОЦИНА

Макеева К. С., Латав Д. Ю.

Научный руководитель: к.б.н., доцент А. Н. Коваль

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

КРЕАТИНКИНАЗА (КК) — это ключевой фермент биосинтеза макроэргического субстрата — креатинфосфата. КК катализирует обратимую реакцию перенесения фосфорной группы между креатинфосфатом и АДФ с образованием АТФ — источника энергии в клетке:



КК является димером, состоящим из двух разных субъединиц, М и В. Три изоэнзима, образованные из этих субъединиц находятся в мозге и гладких мышцах (ВВ), скелетных мышцах (ММ), миокарде (ММ и МВ) [1]. Значительно количество КК содержится и в щитовидной железе и легких. В остальных органах фермент содержится в небольшом количестве. Уровень КК в сыворотке крови коров не должен превышать 28 Ед/л [2]. При разрушении клеток каким-либо патологическим процессом, находящаяся в них КК в большом количестве поступает в кровь. Повышенный уровень КК обычно бывает вызван инфарктом миокарда, поражениями скелетной мускулатуры, заболеваниями ЦНС, злокачественными опухолями и др. причинами. «Антикет» — углеводно-белково-минеральная кормовая добавка, используется в сельском хозяйстве при кормлении молочного скота для сбалансирования рациона по углеводам, белкам и минералам.

Цели и задачи исследования

Целью исследования является научно-практическое обоснование отсутствия патологического влияния на ткани и органы организма при использовании препарата «Антикет» у крупного рогатого скота.

В соответствии с поставленной целью определялось содержание КК как показателя уровня повреждения мышц, инфаркта миокарда.

Материалы и методы

Эксперимент проводился на коровах черно-пестрой породы хозяйства СПК Дубо-

вый Лог Добрушского района. Животные были распределены на контрольную группу и 4 экспериментальные, по 5 голов в каждую. Экспериментальным животным вводили препараты «Антикет» в количестве 0,5 кг на голову и «Ферроцин» в следующих дозах: I группа — только «Антикет»; II группа — «Антикет» + 0,6 % ферроцина; III группа — «Антикет» + 0,8 % ферроцина; IV группа — «Антикет» + 1,2 % ферроцина. Закорм животных осуществлялся сотрудниками Института Радиологии РНИУП МЧС. Определение содержания КК в сыворотке крови животных мы проводили методом *Sample Start* с помощью набора реактивов «Liquick Cor-CK».

Статистическая обработка проводилась с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни, расчет — с помощью программы «Statistica» 6.0.

Результаты и обсуждение

Проведенные исследования показывают, что в сыворотке крови экспериментальных животных содержание КК является стабильным (таблица 1).

Таблица 1 — Показатели креатинкиназы в сыворотке крови коров

Группы	Нулевое взятие	Второе взятие
Контроль	4,437 ± 0,310	5,159 ± 1,149
I	4,540 ± 0,825	4,952 ± 1,224
II	4,705 ± 0,698	3,879 ± 0,248
III	6,191 ± 0,907	5,159 ± 0,851
IV	4,952 ± 0,914	5,200 ± 0,532

* $p < 0,05$.

Выводы

В результате проведенных исследований было установлено, что уровень креатинкиназы сыворотки крови находился в пределах нормы как у контрольных, так и подопытных животных. Препарат «Антикет» с «Ферроцином» не оказали существенного влияния на уровень креатинкиназы, что может свидетельствовать об отсутствии повреждающего действия на функции сердца и мышц.

ЛИТЕРАТУРА

1. Биохимия: учебник / под ред. Е. С. Северина. — 2-е изд., испр. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. — 784 с.
2. Арзуманян, Е. А. Животноводство / Е. А. Арзуманян. — М., 1991. — 512 с.

УДК: 616.831-053.3-092

ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ НА ФОНЕ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Малолетникова И. М.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. И. Зарянкина

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Энцефалопатия новорожденного (ЭПН) — это различные по этиологии или не-уточненные по происхождению невоспалительные поражения головного мозга, возникшие до родов и во время родов. Асфиксия, гемолитическая болезнь, пневмопатии, инфекционные и другие заболевания плода и новорожденного сопровождаются расстройствами кровообращения в центральной нервной системе с развитием гипоксии,

кровоизлияний и возникновением ишемических повреждений, как в головном, так и в спинном мозге [1, 3]. Спектр психоневрологических расстройств, связанных с гипоксическим повреждением мозга, чрезвычайно широк: от задержки психомоторного развития до тяжелых форм детского церебрального паралича [2].

Цель исследования

Изучить особенности течения энцефалопатии как основного заболевания и на фоне соматической патологии у новорожденных.

Материалы и методы исследования

Было проанализировано 35 медицинских карт стационарных больных детей, находившихся на лечении в неврологическом отделении для новорожденных Гомельской областной детской клинической больницы в IX–XI месяцах 2009 г. с диагнозом ЭПН (основным или сопутствующим). Всем детям проводилась оценка неврологического и соматического статуса, учитывались данные ante-интра- и раннего неонатального периодов, особенности акушерско-гинекологического и соматического анамнеза. Ультразвуковое исследование (УЗИ) головного мозга новорожденным проводилось в В-режиме с помощью диагностического прибора HD 11 XE фирмы PHILIPS линейными и секторными датчиками от 4 до 9 МГц.

Статистическая обработка материала выполнена с использованием программы «Statistica» 6.0.

Результаты исследования

Все дети были переведены в неврологическое отделение для новорожденных ГОДКБ из родильных домов г. Гомеля и Гомельской области на 1–15 день.

Состояние при переводе расценивалось как средней степени — у 22 (62,86 %) детей, тяжелое — у 10 (28,57 %), крайне тяжелое — у 3 (8,57 %).

Большинство детей (26 (74,29 %)) родилось доношенными и только 9 (25,71 %) детей — в сроке гестации 32–35 недель. Масса и длина тела их соответствовали сроку гестации.

В асфиксии умеренной степени родилось 16 (45,71 %) детей с оценкой по шкале Апгар 4–7 баллов к концу 1-й минуты жизни, на 5-й минуте в умеренной асфиксии находилось 13 (37,14 %) детей.

Масса тела детей при рождении составила от 2200 до 4245 г ($3072 \pm 505,8$), длина тела от 43 до 55 см ($51,2 \pm 3,1$), окружность головы от 30 до 37 см ($33,3 \pm 1,7$), окружность грудной клетки от 29 до 36 см ($32,4 \pm 1,6$).

При ультразвуковом исследовании головного мозга в В-режиме по стандартной методике кровоизлияния в желудочки мозга диагностированы у 8 (22,85 %) детей, субэпендимальные кисты желудочков — у 12 (34,28 %) случаях, вазоконстрикция — у 3 (8,57 %), вазодилатация — у 2 (5,71 %), у 10 (28,57 %) детей изменений не было.

Анализируя акушерско-гинекологический анамнез матерей, было выявлено, что кольпит диагностирован у 15 (42,86 %) женщин, эрозия шейки матки — у 5 (14,29 %) женщин, 2 (5,71 %), женщины имели уреаплазмоз и кандидоз влагалища. ОРВИ в I и III триместре беременности перенесли 13 (37,14 %) женщин.

Из соматической патологии пиелонефритом страдали 6 (17,14 %) женщин, анемия диагностирована у 7 (20 %) женщин (единичный случай тромбоцитопении), патологию щитовидной железы (эндемический зоб, аутоиммунный тиреоидит) имели 2 (5,71 %) женщины, единичные случаи различной патологии (дисметаболическая миокардиодистрофия, нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу, бронхит) составили 8,57 %. Во втором триместре беременности отмечалась у 10 (28,57 %) женщин, во втором триместре — у 2 (5,71 %). Гестоз — у 16 (45,71 %) женщин.

Хроническая внутриматочная гипоксия плода диагностирована в 31,43 % случаях, водянка беременных — в 17,14 % случаях, единичный случай маловодия.

Табакокурение, злоупотребление алкоголем зафиксировано в 5 (14,29 %) случаях.

ЭПН как основной диагноз выставлен у 11 (31,43 %) детей. Диагноз ЭПН как сопутствующий на фоне соматической патологии имели 24 (68,57 %) ребенка. Из соматической патологии поражение органов дыхания встречалось у 8 (22,86 %) новорожденных, из них врожденная пневмония диагностирована в 7 (20 %) случаях, которая протекала с дыхательной недостаточности 3 степени в 4 (11,43 %) случаях. С диагнозом внутриутробная инфекция находилось 3 (8,57 %) детей. Этиологически диагноз был подтвержден в 2 (5,71 %) случаях (цитомегаловирусная инфекция). Неонатальная желтуха диагностирована у 12 (34,29 %) детей, из них гемолитическая болезнь — у 2 (5,71 %).

У всех детей имела место энцефалопатия токсико-гипоксического генеза, средней степени тяжести, протекающая в остром периоде с синдром угнетения ЦНС (24 ребенка — 68,57 %), клинически проявляющаяся снижением спонтанной двигательной активности, мышечного тонуса, безусловных рефлексов и гидроцефальным синдром (11 детей — 31,43 %) с повышенным мышечным тонусом и безусловными рефлексами, тремором конечностей, непостоянным синдромом Грефе.

Выводы

Таким образом, у детей, рожденных от матерей с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (кольпит, эрозия шейки матки), соматической патологией (анемия, хронический пиелонефрит, патология щитовидной железы) и высокой частотой перенесенных ОРВИ во время беременности, развивается ЭПН токсико-гипоксического генеза, протекающая с синдром угнетения ЦНС, реже — гидроцефальным синдромом.

Выявление связей ante- и интранатальных отрицательных факторов с развивающейся патологией нервной системы должно способствовать развитию превентивного направления в акушерско-педиатрической службе, расширению возможностей медико-генетических консультаций и центров по планированию семьи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Энцефалопатии новорожденных и родовой черепно-мозговой травмы. Инструкция по применению / Г. Г. Шанько, Г. А. Шишко, Е. А. Улезко. — Мн.: БелМаПО, 2003.
2. Барашнев Ю. И. Перинатальная медицина и инвалидность с детства / Ю. И. Барашнев // Акушерство и гинекология. — 1991. — № 1. — С. 12–18.
3. Неонатология: учебн. пособие / А. К. Ткаченко [и др.]; под ред. А. К. Ткаченко, А. А. Устинович. — Мн.: Выш. шк., 2009. — 494 с.

УДК 618.33:616.111]-053.3/.37

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА И ПЕРИОДА РАННЕГО ДЕТСТВА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПРЕНАТАЛЬНО ВЫЯВЛЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОЧЕК

Мартакова Е. А., Щерба Н. В.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент А. Р. Плоцкий

Учреждение образования

**«Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь**

Врожденные пороки развития почек плода занимают ведущие позиции в структуре перинатальной смертности в Республике Беларусь. Однако отсутствуют строгие рекомендации по ведению беременных с выявленными пороками развития почек плода, нет крупных исследований по течению постнатального периода и качеству жизни у новорожденных с данной патологией. *Целью* нашей работы явилось изучение особенностей состояния детей, родившихся с пренатально выявленной патологией почек. Нами был проведен ретроспективный анализ 67 историй родов и новорожденных за период с 2005 по 2008 гг. Родилось 15 (22 %) девочек и 52 (78 %) мальчика. Первые роды были у 44 (66 %) женщин, повторные у 23 (44 %). У 36 % был отягощен акушер-

ский анамнез (искусственные прерывания беременности, самопроизвольные выкидыши в анамнезе), у 54 % имелись гинекологические заболевания (эрозия шейки матки, хронический аднексит), у 87 % — соматические (хронический гастрит, миопия, гепатит, пиелонефрит, нефроптоз, пролапс митрального клапана). Угроза прерывания беременности была у 37 % женщин. Средний возраст матерей составил 24,5 года. У 100 % плодов при проведении пренатального скрининга было выявлено расширение чашечно-лоханочной системы (ЧЛС). После рождения в 2 (3 %) наблюдениях изменений со стороны мочевыделительной системы у плода не было зарегистрировано, в 4 (6 %) случаях диагностирован поликистоз почек, но подавляющем большинстве случаев (61 (91 %)) — проявлением врожденной патологии явилось расширение ЧЛС, причем у 23 новорожденных изменения наблюдались с одной стороны и преимущественно справа (15 наблюдений). Изменения анализов мочи обнаружены у 28 (42 %) новорожденных в виде изолированной протеинурии (24 наблюдения) либо сочетания лейкоцитурии, протеинурии и бактериурии (4 случая).

Из других особенностей у 4 детей были сопутствующие врожденные пороки сердца, у 2 — гипоспадия, у 1 — гипоспадия в сочетании с гемангиомой крестцово-копчиковой области и у 1 — экстрофия мочевого пузыря.

У девочки с поликистозом почек инфантильного типа, обнаруженным внутриутробно, после рождения была выявлена полидактилия кистей и стоп. Интересно, что в другом наблюдении, при котором имела ультразвуковая картина поликистоза почек инфантильного типа, мы целенаправленно проводили поиск патологии костной системы у плода и выявили полидактилию стоп.

Удалось проследить судьбу 23 (34 %) детей. Были проанализированы амбулаторные карты 6 девочек и 17 мальчиков. У всех девочек наблюдалось значительное улучшение состояния. По данным ультразвукового исследования (УЗИ) девочек на январь 2010 г., у 3 (50 %) ЧЛС не расширена, у 2 (33 %) — лоханка щелевидная, у 1 (17 %) — гидрокаликоз справа. По данным УЗИ мальчиков на январь 2010 г., у 2 (12 %) ЧЛС не расширена, у 1 (6 %) — щелевидная лоханка, у 14 (82 %) сохранились врожденный гидронефроз и (или) пиелоктазия, причем в 2 случаях присоединился пиелонефрит. В большинстве случаев, проявлением врожденной аномалии почек у плода являлось расширение ЧЛС. Почти всегда пренатально выявленная патология сохраняется и после рождения, причем мужской пол плода является своеобразным фактором риска. Женский пол плода является более благоприятным в плане прогноза течения заболевания. Необходим активный поиск иных аномалий развития плода. Сохранение гидронефротических изменений диктует необходимость совместного наблюдения и лечения у неонатолога и уролога, особенно в случаях, сопровождающихся изменениями мочевого осадка.

УДК 618.4

ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ

Мархач Т. Н., Польская Е. В.

Научный руководитель: к.м.н, доцент Е. А. Эйныш

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

В условиях низкой рождаемости нетрудно обосновать показания к первому кесареву сечению (КС) в интересах плода. Однако расширение показаний к абдоминальному родоразрешению не улучшает репродуктивное здоровье женщин фертильного воз-

раста и создает новую проблему в акушерстве — ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке [1].

Цель

Оценить структуру показаний к первому, ко второму и третьему КС.

Материалы и методы

Изучены клинико-анамнестические данные, протоколы операций КС, результаты лабораторных и инструментальных методов исследования, полученные путем ретроспективного анализа 101 истории родов и новорожденных в ГКБ № 2, ГКБ № 3, родильном отделении ГОКБ. I группу составили 30 пациенток с первым КС, II группу — 56 пациенток со вторым КС, III группу — 15 пациенток с третьим КС. Вычислена доля (Р) и доверительный интервал доли (ДИ).

Результаты исследования и их обсуждения

Структура показаний к операции КС у пациенток исследуемых групп представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Показания к операции КС

Показания к КС	I группа (N = 30) N, P%, ДИ%	II группа (N = 56) N, P%, ДИ%
Аномалии родовой деятельности	17; 56,7 (37,4–74,5)	0
Тазовое предлежание плода	6; 20,0 (7,1–38,6)	1; 1,8 (0,04–9,6)
Крупный плод в сочетании с другими осложнениями	2; 6,7 (0,8–22,1)	6; 10,7 (4,0–21,9)
Миопия высокой степени	2; 6,7 (0,8–22,1)	5; 8,9 (2,9–19,6)
Хроническая внутриматочная гипоксия плода (ХВМГП)	1; 3,3 (0,08–17,2)	0
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	1; 3,3 (0,08–17,2)	0
Гестоз	1; 3,3 (0,08–17,2)	6; 10,7 (4,0–21,9)
Рубец на матке	0	9; 48,2 (34,7–61,9)
Рубец на матке в сочетании с ХВМГП	0	3; 12,5 (5,2–24,1)
Рубец на матке в сочетании с преждевременным излитием околоплодных вод	0	2; 7,14 (19,8–17,3)

Среди показаний к первому КС, выполненному в экстренном порядке, преобладали аномалии родовой деятельности (56,7 %), наиболее частым показанием к первому кесареву сечению, выполненному в плановом порядке, явилось тазовое предлежание плода (20,0 %). У 48,2 % пациенток со вторым КС единственным показанием к повторной операции явился рубец на матке после перенесенного кесарева сечения. Из 56 женщин с рубцом на матке только у 13 пациенток произведена оценка толщины рубца методом УЗИ. Из них состоятельный рубец был выявлен у 7 (76,9 %) пациенток. Учитывая, что у этих пациенток отсутствовали анамнестические и клинические признаки несостоятельности рубца на матке, можно предположить, что у данных пациенток можно было планировать родоразрешение через естественные родовые пути. У остальных женщин ультразвуковая толщина рубца на матке была менее 5мм, что, по данным литературы, указывает на несостоятельность послеоперационного рубца [2]. У пациенток с третьим КС в 100 % случаев показанием к операции явилась дважды оперированная матка, что совпадает с мнением других авторов [40,41].

1. Наиболее частым показанием к первой операции КС явились аномалии родовой деятельности (56,7 %), ко второй — рубец на матке (48,2 %), к третьей — дважды оперированная матка (100,0 %).

2. Один из путей уменьшения частоты первого КС — совершенствование методов профилактики и коррекции нарушений сократительной деятельности матки в родах.

3. При определении показаний к повторному КС необходимо оценивать состоятельность рубца на матке по анамнестическим, клиническим и инструментальным

(УЗИ) данным. Необходимо продолжать поиск дополнительных критериев оценки состоятельности послеоперационного рубца на матке.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Краснопольский, В. И.* Кесарево сечение // В. И. Краснопольский, В. Е. Радзинский. — М.: Медицина, 1997. — 365 с.
2. *Краснопольский, В. И.* Реальные пути снижения частоты кесарева сечения в условиях современного взгляда на перинатальную смертность / В. И. Краснопольский, Л. С. Логутова. // Акушерство и гинекология. — 2008. — № 3. — С. 15–20.

УДК 616.21

ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ ЛОР ОРГАНОВ У БОЛЬНЫХ РАННИМИ ФОРМАМИ СИФИЛИСА

Матеюн Т. А.

Научные руководители: к.м.н., доцент А. Ч. Буцель, к.м.н. В. Г. Панкратов

Учреждение образования

**«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь**

Сифилис — общее инфекционное заболевание с волнообразным течением, со сменой периодов обострения, скрытыми периодами и только положительные серологические реакции свидетельствуют о наличии инфекционного процесса [1]. Несмотря на то, что в последние годы наблюдается тенденция к снижению заболеваемости сифилисом, эпидемиологи прогнозируют ее дальнейший рост в 2009–2011 гг. Проанализировано 671 история болезни больных ранними формами сифилиса, получавших лечение в Городском клиническом кожно-венерологическом диспансере в период с 1985 по 1993 гг. Возраст больных колебался в пределах от 16 до 68 лет. С учетом действовавшей в то время МКБ-9, больные были распределены на четыре группы: 79 больных первичным сифилисом, 153 — вторичным свежим сифилисом, 299 — вторичным рецидивным сифилисом, 140 — скрытым ранним сифилисом.

Поражение ЛОР-органов было выявлено у 266 (39,64 %) больных, среди них: первичным сифилисом — не обнаружено, вторичным свежим — 81 (30,45 %) больной, вторичным рецидивным — 185 (69,55 %) больных, скрытым ранним — не выявлено. Среди больных вторичным свежим сифилисом эритематозная ангина составила 85,19 %, папулезная ангина — 8,14 %, эритематозно-папулезная ангина — 5,45 %, тонзиллит — 1,2 %. Среди больных вторичным рецидивным сифилисом эритематозная ангина составила 70,91 %, папулезная ангина — 9,04 %, эритематозно-папулезная ангина — 15,75 %, ларингит — 4,24 %, фарингит, ларингофарингит, тонзиллит по 0,06 %.

Проведенная реакция Вассермана (РВ) оказалась положительной у 100 % больных, титры реагинов по РВ составили от 1:40 до 1:640 — у 89 % больных, а у 11 % — от 1:10 до 1:20.

Выводы

1. Поражения ЛОР органов среди ранних форм сифилиса отмечается при вторичном свежем и рецидивном сифилисе.
2. Среди поражений ЛОР органов преобладают эритематозная, папулезная, эритематозно-папулезная ангины.
3. Учитывая волнообразное течение сифилиса и сложившуюся ситуацию в мире (финансовый и экономический кризис), вероятнее всего, начнется новая волна подъема заболеваемости сифилисом после 2010–2012 гг. и нужно учитывать возможное поражение ЛОР-органов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кожные и венерические болезни : учеб. рук-во / под ред. В. П. Адамкевич. — М.: Мед. литература, 2006. — С. 430–442.
2. О волнообразном течении заболеваемости сифилисом на территории Беларусь / В. Г. Панкратов [и др.] // Военная медицина. — 2009. — № 4. — С. 92–94.

УДК 37.037.1:378.09

РЕЙТИНГ-ОЦЕНКА УРОВНЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ И ДВИГАТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ ПО ПРЕДМЕТУ «ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ» В ПРОГРАММЕ ВУЗА

Мельникова А. В., Полторан А. В.

**Научный руководитель: ст. преподаватель кафедры физического воспитания
и спорта А. Н. Василец Учреждение образования**

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Педагогический контроль является основным при получении информации о деятельности занимающихся в процессе обучения. Педагогические тесты в практике физического воспитания применяются для определения уровня подготовленности студентов, оценки эффективности используемых средств и методов физической культуры при выборе оптимального объема и интенсивности физических нагрузок [1].

Цель

Определение уровня функциональной и двигательной подготовки, подбор критериев объективной оценки об исходном уровне состояния здоровья студентов вуза.

Методы исследования

Анализ научно-методической литературы, проведение рейтинг-оценки в группах, математическая обработка полученных результатов.

Результаты

Практически оправдано получать информацию о физическом здоровье студентов на основе числовых значений (количественных) показателей, которые были бы доступны для каждого преподавателя и студента.

Анализ научной литературы показывает, что в последнее время особую популярность приобретает рейтинговая система оценки знаний, умений и навыков, которая позволяет более объективно оценить способности студентов и стимулировать их к самостоятельному выполнению физических упражнений.

Для более тесной взаимосвязи работы преподавателей и студентов на занятиях по физической культуре совместно разработана формула рейтинга студентов. Формула рейтинга студентов: $R = R_r + R_c + R_n$, где R — суммарный рейтинг за семестр; R_r — рейтинг уровня физической подготовленности студента (оценивается по 6-ти контрольным тестам 10-ти бальной системы); R_c — стартовый рейтинг уровня функциональной подготовленности; R_n — рейтинг посещения занятий за семестр.

Максимальная сумма R_r , которую может набрать студент, составляет 60 баллов.

Физическая подготовленность для студентов основного отделения включает следующие тесты: бег 100 м (юн. и дев.); бег 500 м (дев.); 1000 м (юн.); подтягивание на перекладине (юн.); сгибание-разгибание рук в упоре лежа (юн., дев.); поднимание туловища (дев.), прыжок в длину с места (юн. дев.), наклон вперед из положения сидя (юн., дев.). R_c оценивался в группах основного отделения с учетом суммы пульса 3-х показателей (проба Мартине): пульс до нагрузки (за 60 с в положении сидя), пульс после 20 приседаний (за 30 с), пульс после восстановления на последней минуте после нагрузки (за 60 с).

На основании математической обработки суммы 3-х показателей пульса у студентов основного отделения, средние показатели составили: у юношей — 264 удара за 3 мин, у девушек — 284 удара за 3 мин.

R_n — составляет максимально 30 баллов (количество занятий в семестре), за каждое занятие — 1 балл.

В результате исследования был составлен рейтинг-лист, включающий в себя данные групп студентов основного отделения за осенний семестр 2008–2009 и 2009–2010 уч. гг. Общее число обследуемых в 2008–2009 и 2009–2010 уч. гг. составило 206 человек, из них 170 девушек и 36 юношей.

Полученные результаты показали: R_c у студентов 2008–2009 уч. гг. составил 5,0 баллов, у этих же студентов в 2009–2010 уч. гг. — 4,11 баллов; показатель оценки уровня функционального состояния сердечно-сосудистой системы в целом у юношей и девушек ухудшился на 0,8 балла (17,4 %); R_n по годам составил 29,3 и 28,47 балла соответственно, показатель уменьшился на 0,89 балла (3 %), что отражает увеличение случаев заболеваний у студентов в 2009–2010 уч. гг.; R_t по годам составляет: 36,7 и 38,67 баллов, результаты выросли на 1,97 (5,4 %), что, в целом, показывает о возросшем уровне физической подготовленности студентов 2009–2010 на начало учебного года; R составил: 71,06 и 71,25 балла (увеличился на 0,3 %).

По результатам оценки показателей студентов 2008–2009 и 2009–2010 уч. гг. можно сделать **выводы**: 1) показатели уровня функционального состояния сердечно-сосудистой системы (ССС) у студентов на начало учебного 2008–2009 и 2009–2010 гг. заметно уменьшились (17,4 %); 2) итоговый средний рейтинг групп на начало учебного года остался практически на том же уровне; 3) полученные данные позволяют вносить необходимые коррективы в учебный процесс по физическому воспитанию и распределять учебную нагрузку на год более гибко, уделяв особое внимание низким показателям по итогам рейтинг-оценки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горбатовский, Д. С. Тестирование учебных достижений: критериально-ориентированный подход / Д. С. Горбатовский // Педагогика. — 1995. — № 4. — С. 105–110.

УДК 612.014.464:615.275

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА АНТИГИПОКСАНТОВ НА ОСНОВЕ ПЕРФТОРУГЛЕРОДОВ

Мижевич К. Г.

Научный руководитель: д.м.н профессор Э. С. Питкевич

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Перфторан-трансфузионное плазмозаменяющее средство на основе перфторуглеродных соединений обладающее газотранспортной функцией, опалесцирующая эмульсия с голубоватым оттенком, без запаха. Во время хранения находится в замороженном состоянии. Препарат представляет собой эмульсию перфторуглеродов с общей концентрацией 10 об.%. Удельный вес перфторуглеродов примерно 2 г/см³. В состав препаратов входят хлористые соли натрия, калия и магния, гидрокарбонаты, фосфаты, глюкоза, ионы фтора. рН 7,2–7,8. Средний размер частиц эмульсии составляет 0,06–0,08 (0,03–0,12) мкм. Для сравнения: диаметр эритроцита — 7,2–7,8 мкм (примерно в 100 раз больше размера частиц эмульсии перфторана), диаметр капилляра 2–4 мкм, длина — до 10–12 мкм. Перфторан выпускается в стеклянных флаконах по 100, 200 и 500 мл. Перфторан может храниться в замороженном виде при контролируемой температуре от -4 °С до -18 °С до 3 лет. Запрещается хранить препарат при температуре ниже -18 °С. Транспортировка допускается только в замороженном состоянии. Наблюдение температурных режимов хранения и разморозки препарата должно быть абсолютным.

Цель

Представить информацию о физиологических эффектах перфторуглеродов при использовании в биологии и медицине, а также областях клинического применения антигипоксантов. В экспериментах, а в дальнейшем и в клинике было установлено, что эмульсии перфторуглеродов могут служить эффективным средством, стимулирующим процессы ранозаживления, ожогозаживления и улучшающим обмен веществ в покровных тканях. При использовании перфторана наблюдается улучшение кислородтранспортной функции эритроцитов, улучшение реологических свойств крови; наблюдается диуретический эффект (это связано с улучшением микроциркуляции и кислородного режима почек), мембраностабилизирующий эффект (повышается резистентность клеток к действию различных повреждающих факторов), а также улучшается газотранспортная функция крови.

Области клинического применения

Перфторорганические соединения широко применяются в реанимации, хирургии, терапии, трансплантологии. Инфузии перфторана при критических состояниях наиболее часто применяются у больных после массивных кровопотерь, при признаках респираторного дистресс-синдрома, жировой эмболии, диссеминированном внутрисосудистом свертывании крови, при черепно-мозговых травмах, инфаркте миокарда, перитоните, сепсисе, полиорганной функциональной недостаточности, в трансплантологии. В плановой терапии перфторан получил распространение при лечении окклюзий дистальных отделов сосудов нижних конечностей, диабетической ангиопатии, хронических язв желудочно-кишечного тракта, конечностей, гнойных обширных ран, постгипоксических энцефалопатий, онкологических заболеваний с целью повышения эффективности химиолучевой терапии, при гипо- и гипертермии, а так же в аппаратах искусственного кровообращения, для предотвращения «кровопотери в аппаратах». Кровевосполнение с перфтораном обеспечивает большую стабильность объема циркулирующей крови во время операции и в послеоперационном периоде, предупреждая централизацию кровообращения, секвестрацию крови. При инфузии перфторана не отмечается значительной тромбоцитопении поэтому дефицит тромбоцитарных факторов свертывания не возникает. Даже при массивных кровопотерях, но возмещенных с перфтораном, не отмечается возрастания билирубина, гиперферментемии, свидетельствующей о повреждении гепатоцитов, и отмечается менее тяжелое гипоксическое повреждение миокарда, чем при обычной программе восполнения кровопотерь. Перфторан может вызывать и побочные реакции, характерные для многих инфузионных препаратов: гиперемию кожных покровов, тахикардию, тахипное, гипотонию, боли в пояснице. Эти реакции не встречались с 1992 г. после того как препарат был доработан и разработан.

Вывод широкому клиническому применению. Клиническое применение перфторана доказало возможность и необходимость использования эмульсий на основе перфторуглеродов не только при критических состояниях, но и в плановой медицине. Исследования по применению перфторана позволили расширить показания к его применению и выявить новые способы использования антигипоксантов на основе перфторуглеродов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Перфторорганические соединения в биологии и медицине / под ред. С. И. Воробьева, Г. Р. Иваницкого. — Пушкино: ОНТИ ПНЦ РАН, 1997. — 250 с.
2. Перфторуглероды и медицина / СО АН СССР. — Новосибирск, 1990. — 154 с.

УДК 613.955: 612.6 – 053.5

ОЦЕНКА ПРОЦЕССОВ РОСТА ДЕВОЧЕК 6–7 ЛЕТ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ДЛИНЫ ТЕЛА

Михнович А. А.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Н. В. Карташева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Процессы роста протекают в соответствии с объективно существующими законами и характеризуются непрерывностью, неравномерностью, нелинейной зависимостью от хронологического возраста. Индивидуальные темпы роста связаны с биологическими особенностями организма и свидетельствуют об ускорении или замедлении этих процессов. В антропологии длина тела рассматривается как одна из ведущих особенностей растущего организма, характеризует благополучие и развитие популяции, как фенотипическая константа, суммирующая влияние всех факторов. Ускоренные темпы индивидуального роста свидетельствуют об опережении биологического возраста по сравнению с хронологическим и чаще наблюдаются у девочек. Среди них же больше лиц с функциональными отклонениями в сердечно-сосудистой, дыхательной, эндокринно-лимфатической системах (ОДА) [1]. Физическое вытяжение у девочек и с 7 лет появляется четкий половой диморфизм. Индивидуальная оценка процессов роста у детей позволяет выделить «группы риска» нарушения здоровья. Доминирующими заболеваниями при ускорении темпов роста являются болезни носоглотки. При дисгармоничности развития с дефицитом массы тела регистрируются такие хронические заболевания как тонзиллиты, астенические синдромы и деформации ОДА. При резко дисгармоничном развитии все дети имеют хронические заболевания, часто болеют, нуждаются в лечении. Длину тела следует рассматривать не только как процесс развития, но и соматического состояния.

Цели исследования

Изучить и оценить процессы роста девочек 6–7 лет по показателям длины тела.

Методы анализа научно-методической литературы по изучаемой проблеме; состояние соматического здоровья по медицинской учетной форме Ф-26/У у 130 девочек 6–7 лет. Оценка процессов роста проведена с использованием пакета программ «STAGRAPHICS».

Результаты исследований и обсуждение

Анализ и оценка процессов роста девочек 6–7 лет проведены индивидуально и коллективно. Распределение девочек по длине тела (ДТ) представлено в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение девочек по длине тела по центильному ряду

Группы здоровья	Число детей, центильные ряды							Всего
	P3	P10	P25	P50	P75	P90	P97	
I		<3<	<3<	<7<	<3<			16
II	≤8<	<30<	<34<	<15<	<6<	≤4<		97
III	≤3<	<5<	<8<	<1<				17
Всего	≤11<	<38<	<45<	<23<	<9<	<4<		130

По длине тела девочки I группы соматического здоровья распределились в основном в P25–P75 — 10 человек из 16. Их процесс роста можно оценить как соответствие возрастной группе, хронопаспорту, биологическому возрасту. Показатели P>10 и P>75, соответственно, свидетельствовали о замедлении и ускорении этого процесса у трех девочек, расценено как несоответствие хронопаспорту. Девочки II группы здоровья, с функциональными отклонениями распределены по центильному ряду от P≥3 — 8 девочек по P≥97 — 4 ребенка. В P>25 и ≤75 вошли 49 детей из 97 обследованных, их хронопаспорт соответствует биологическому возрасту. Почти 1/3 группы (38 учениц), имела замедление или задержку процессов роста, оценено как несоответствие хронопаспорту. Ускорение темпов роста отмечено только у 10 девочек P>75 P≤97, биологический возраст опережает паспортный.

Девочки третьей группы здоровья значительно отстают в процессах роста от своих сверстников на фоне наличия у них хронических заболеваний. В P>25–P≤50 входят 8 детей, их биологический возраст несколько отстает от паспортного. У 5 девочек за-

медлены процессы роста, у 3 — выявлена задержка, 1 ребенок распределился в $P > 50$.

Закключение

Процессы роста у 62 девочек 6–7 лет неравномерны, нелинейны с хронопаспортом. Соответствие процессов роста, хронопаспорта с биологическим отмечено у 68 девочек.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карташева, Н. В. Гигиеническое значение ростовых показателей в процессе обучения и воспитания / Н. В. Карташева // Сб. науч. ст. Респ. науч.-практ. конф., посвященной 15-летию образования ГГМУ. — Гомель, 2005. — Т. 1. — С. 111–113.
2. Начаева, Е. В. Рост как критерий здоровья ребенка / Е. В. Начаева // Педиатрия. — 2009. — № 3. — С. 58.

УДК: 616.22-002.1:616.231-002]-08-053.7

ТЕРАПИЯ ОСТРОГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Мичалева И. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. И. Зарянкина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Согласно данным ВОЗ, ежегодно дети переносят от 5 до 8 ОРЗ, большей частью вирусных, нетяжелых. Острый ларингит — вирусное заболевание, приводящее к осиплости голоса и, часто, к сужению просвета гортани требующей неотложной помощи.

Цель
Изучить особенности течения и терапии острого ларинготрахеита у детей раннего возраста.

Материалы и методы

Были проанализированы 75 медицинских карт стационарных больных детей в возрасте от 6 месяцев до двух лет, находившихся на лечении в инфекционном отделении № 1 Гомельской областной детской клинической больницы с января по март 2009 г.

Результаты исследования

Острый ларинготрахеит развивается примерно одинаково у детей первого (36 (48 %) человек) и второго (39 (52 %) человек) года жизни. Чаще встречается у мальчиков (51 (68 %) человек). Количество первично заболевших детей составило 94,7% (71 ребенок), повторно — 5,3 % (4 ребенка). Основная масса госпитализированных детей (73 (97,3 %) человека) не посещают детские дошкольные учреждения.

Причиной госпитализации, в большинстве случаев (64 (85,3 %) человека), явился развившийся стеноз гортани, без стеноза госпитализировано 11 (14,7 %) детей.

Большинство детей поступили в стационар в первые 3 дня от начала заболевания: в 1-й день болезни — 20 (26,7 %) детей, 2-й и 3-й день — 48 (64 %) детей, свыше 3-х дней — 7 (9,3 %) детей; преимущественно в состоянии средней степени тяжести (45 (60 %) человек), 30 (40 %) детей госпитализировано в тяжелом состоянии.

В клинической картине катаральный синдром встречался у всех 75 (100 %) детей, интоксикационный — у 68 (90,7 %), стеноз гортани — у 64 (85,3 %): 1 степени — у 50 (78,2 %) детей, 2 степени — у 14 (21, 8%). Наиболее часто острый ларинготрахеит протекает с фебрильной температурой (41 (54,7 %) детей), реже (27 (36 %) детей) — с субфебрильной, 3 (4 %) детей имели нормальную температуру тела. У 19 детей повышенная температура тела сохранялась в течение первых суток, у 37 детей — до 3-х суток, у 16 детей — больше 3 суток.

Анализируя показатели общего анализа крови выявлены: анемия — у 7 (17,9 %) детей, лейкоцитоз — у 34 (45,3 %), сдвиг лейкоцитарной формулы влево — у 21 (28 %), лимфоцитоз — у 12 (16 %) детей. Увеличение СОЭ — в 23 (30,7 %) случаях.

Вирусологическое обследование было проведено 64 детям (85,3%): выявлен антиген вируса гриппа А и антиген аденовируса по 1 (1,6%) случаю каждый.

Антибактериальную терапию получали 37 (49,3 %) детей. Бета-лактамы — 27 (36 %) детей. Из антибиотиков пенициллинового ряда, преимущественно, амоксицилин (9 детей) и амписульбин (7 детей), реже рапиклав (2 детей). Из цефалоспоринов — цефазолин (7 детей), цефотаксим и цефтриаксон по одному ребенку. Из макролидов — кларикар (10 детей). Средняя длительность приема антибиотиков пенициллинового ряда составила 4,7 дня, цефалоспоринового ряда — 4,5 дня, макролидов — 7,9 дней. Противовирусные препараты принимали 38 (58,7 %) детей преимущественно интерферон — 25 (65,8 %) детей и гроприносин — 9 (23,7 %) детей, комбинацию данных препаратов получало 3 (7,9 %) детей.

Ингаляционная терапия была назначена всем детям (100 %), из них: адреналин получало 4 (5,3 %) детей, сальбутамол — 4 (5,3 %) детей, атровент — 3 (4 %) детей, гидрокортизон — 2 (2,7 %) детей. Комбинированная ингаляционная терапия (адреналин + глюкокортикостероиды + бета-агонисты) использовалась в 31 (41,3 %) случае, средняя продолжительность составила 3 дня. Комбинацию: адреналин + гидрокортизон получало 5 (5,6 %) детей со средней продолжительностью 2 дня; адреналин + сальбутамол — 1 (1,3 %) случай — 3 дня; гидрокортизон + сальбутамол — 4 (5,3 %) случая. Глюкокортикостероидные гормоны (преднизолон, дексаметазон) вводимые внутривенно получали 13 (17,3 %) детей, вводимые внутримышечно — 36 (46,7 %) детей, средняя продолжительность использования данных препаратов при различных способах введения составила 2 дня.

Таким образом, острый ларинготрахеит встречается одинаково часто у детей первого и второго года жизни, не посещающих детские дошкольные учреждения, чаще у мальчиков. Дети госпитализируются преимущественно в первые 3 дня от начала заболевания в связи с развитием стеноза гортани, в состоянии средней степени тяжести. Общий анализ крови характеризуется умеренными воспалительными изменениями. Вирусологическое обследование было не информативно. Основной терапией острого ларинготрахеита является ингаляционная терапия адреналина, адреномиметиков, глюкокортикостероидов, почти в половине случаев используемая в комбинации данных препаратов. Комбинация адреналин + гидрокортизон наиболее эффективна, т.к. привела к сокращению сроков лечения до 2 дней. Антибактериальную и противовирусную терапию получала половина заболевших детей. В 70 % случаев для купирования острого воспаления требуется назначения глюкокортикостероидных гормонов парентерально.

ЛИТЕРАТУРА

1. Практическая пульмонология детского возраста / под ред. В. К. Таточенко. — М., 2006. — 250 с.
2. Коровина, Н. А. Острые респираторные вирусные инфекции в амбулаторной практике врача-педиатра: пособие для врачей / Н. А. Коровина, А. Л. Заплатников. — М., 2005. — 52 с.

УДК 618.1:616.9

АКТИНОМИКОЗ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Могилат Н. В.

Научный руководитель: ассистент кафедры И. А. Корбут

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Актиномикоз — инфекционное заболевание, вызываемое грамположительными микроаэрофильными, аэробными и анаэробными бактериями из семейства Actinomycetaceae, протекает с развитием актиномикотического процесса практически во всех тканях и органах (кожа, подкожная клетчатка, мышечная, костная ткань, органы грудной и брюшной полости,

мочеполовая и нервная система), имеет острое, подострое и хроническое течение [1, 2].

Актиномицеты широко распространены в природе, что обусловлено их способностью легко приспосабливаться и довольствоваться органическими соединениями, которые непригодны для других микроорганизмов [2].

В организме человека актиномицеты являются условно-патогенной микрофлорой, контаминируют полость рта, бронхи, слепую кишку, червеобразный отросток, влагалище [3]. Развитию заболевания способствуют снижение иммунозащитных сил организма, нарушение целостности эпителия кожи или слизистых оболочек (входные ворота), так как через неповрежденные кожные покровы и слизистые оболочки актиномицеты не проникают. К факторам риска развития актиномикоза органов брюшной полости и малого таза у женщин относят длительно текущие хронические воспалительные заболевания матки и придатков, псевдоэрозии шейки матки, травмы шейки матки в родах, осложненные аборты, лечебно-диагностические внутриматочные вмешательства, использование внутриматочной контрацепции, наличие одонтогенных очагов инфекции [1, 2]. Для верификации актиномикоза любой локализации проводят микробиологическое исследование (микроскопию и посев на питательные среды отделяемого из влагалища, пунктатов, полученных через задний свод, при пиосальпинксах, пельвеоперитонитах, параметритах). Можно проводить серологическое исследование, которое заключается в проведении РСК с актинолизатом и аллергологическое исследование путем постановки аллергической пробы с актин. Пациентка [1].

Пациентка [1], 34-х лет, обратилась к гинекологу с жалобами на кровянистые выделения из половых путей в течение 20 дней.

Менархе в 13 лет, менструальный цикл установился через 1,5 лет, mensis по 5–6 дней через 30 дней, регулярные, безболезненные. Половая жизнь с 16 лет. Трое родов: 1991 г. — без особенностей, 1993 г. — без особенностей, 1999 г. — преждевременные роды в 34 недели. Медицинских аборт не было.

В 1999 г., вскоре после родов, пациентке установлена внутриматочная спираль. В течение 10 лет гинеколога не посещала, так как, с ее слов, жалоб со стороны органов половой системы не было.

При гинекологическом осмотре были видны нити внутриматочной спирали, желтоватые выделения, гипертрофированная шейка матки, тело матки было увеличено до 7–8 недель беременности, размягчено, подвижно, безболезненно, в области придатков определялась тяжесть.

В асептических условиях удалили внутриматочную спираль, взяли с нее мазок-отпечаток для цитологического исследования, произвели раздельное лечебно-диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки с последующим гистологическим исследованием.

Гистологическое заключение: осложненная лейкоплакия шейки матки (с дисплазией 2–3 степени) на фоне хронического гнойного цервицита и не исключается на фоне вируса папилломы человека. Слизистая цервикального канала нормального строения. Простая железистая гиперплазия эндометрия без дисплазии.

Цитологическое заключение: на фоне выраженного хронического воспаления (лимфоидной инфильтрации) с дисплазией средней степени обнаружена обильная смешанная флора, актиномицеты.

При ультразвуковом исследовании органов малого таза эхо патологии не выявлено.

Пациентке провели антибиотикотерапию (метронидазол 0,25 по 1 таблетке 3 раза в сутки в течение 5 дней), противовоспалительную терапию, выполнили конизацию шейки матки в Гомельском областном клиническом онкологическом диспансере.

Через 2 месяца проведено контрольное цитологическое исследование, взяты мазки на флору и на степень чистоты влагалища. Все анализы были без патологических изменений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурова, С. А. Актиномикоз женских половых органов / С. А. Бурова // Лечащий врач. — 2004. — № 10. — С. 26–28.
2. Мирзабалаева, А. К. Актиномикоз половых органов у женщин: эпидемиология, этиология, патогенез / А. К. Мирзабалаева // Проблемы медицинской микологии. — 2000. — Т. 2, № 2. — С. 11–16.
3. Сутеев, Г. О. Актиномикоз / Г. О. Сутеев. — М.: МЕДГИЗ, 1951.

УДК 61:796+612.127.2

АНТИГИПОКСАНТЫ В СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

Мозоль Ю. В., Мельниченко М. Н.

Научный руководитель: преподаватель-стажер Н. В. Бородавская

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Гипоксия (от гипо... и лат. *oxxygenium* — кислород) (кислородное голодание) — пониженное содержание кислорода в организме или отдельных органах и тканях.

Проблема гипоксии является актуальной для людей, которые активно занимаются спортом, потому что они переносят большие физические нагрузки, что сопровождается большим потреблением кислорода мышечными тканями. Для устранения гипоксических состояний и с целью повышения адаптации к физическим нагрузкам у спортсменов целесообразно применение антигипоксантов.

Цель

Изучить влияние антигипоксантов на организм спортсменов.

Обсуждения

Антигипоксанты — препараты неистощающего механизма действия, снижающие потребности клеток в кислороде и пролонгирующие их жизнеспособность при кислородном голодании. В. М. Виноградов (1973) выделил 2 основные группы антигипоксантов: улучшающие кислород-транспортную функцию крови и сохраняющие энергетический статус клетки.

Действие антигипоксантов носит поливалентный характер. Наряду с основным эффектом повышения коэффициента полезного действия тканевого дыхания за счет подавления нефосфорилирующих, в том числе свободно радикальных видов окисления наблюдается экономизация кислорода, защищаются структуры мембран и ферменты антиоксидантной системы, активизируется утилизация лактата. Антигипоксанты оказывают защитное действие за счет нормализации метаболизма и состояния нейрогуморальной системы, снижения основного обмена, улучшения шунтирования дыхательной цепи и гликолиза, функционирования глюкозо-лактатного шунта и сопряжение активности АТФ-азы, прямого стимулирующего действия на механизмы памяти. Антигипоксанты применяются в спортивной медицине в качестве средства ускорения восстановления физической работоспособности после истощающих нагрузок. Действие препаратов реализуется через метаболические циклы, обеспечивая экономичность их функционирования (антигипоксанты: бемитил, амтизол, цитохром-с).

Бемитил — производное меркаптобензимидазола — активный антигипоксант. Он активирует синтез и активность ферментов глюконеогенеза. Бемитил снижает потребление кислорода тканями, теплопродукцию. Он стимулирует синтез РНК, белков, в том числе митохондриальных, процессы окислительного фосфорилирования и образования АТФ; повышает активность антиоксидантных ферментов (супероксиддисмутазы, каталазы). Амтизол повышает активность гексокиназы и малатдегидрогеназы, способствует использованию лактата и пирувата и устраняет избыток ионов водорода в цитозоле клеток. Препарат способствует увеличению синтеза АТФ, снижает потребление кислорода, тормозит процессы липолиза, поддерживая нормальную структуру клеточных и субклеточных мембран,

способствует диссоциации гемоглобина, обеспечивая лучшую доставку кислорода тканям.

Цитохром-С (цитомак) — ферментный препарат, который осуществляет перенос электронов на одном из последних этапов дыхательной цепи, тем самым активизирует ее, снижая выраженность гипоксии.

В. Н. Голубев, Ю. Н. Королев, П. В. Родичкин (1994) показали, что применение бемитила с целью повышения работоспособности спортсменов высших квалификаций в группе спортсменов-тяжелотлетов выявило его положительное влияние на показатели системы управления движениями: время поиска отдельной двигательной единицы (ДЕ), латентные периоды сокращения и расслабления мышцы, время максимального сокращения, мионометрию в покое и при максимальной статической нагрузке.

Н. И. Москвитин, В. И. Козловским (1994) в экспериментах, проделанных на белых крысах, установлено, что бемитил и амтизол в дозе 50 мг/кг уменьшает сродство гемоглобина к кислороду. Данный эффект имеет положительное значение при гипоксии, так как облегчают диссоциацию оксигемоглобина и увеличивает объемное поступление кислорода к тканям.

Вывод

Применение антигипоксантов в спортивной медицине имеет широкие перспективы, поскольку они нормализуют основу жизнедеятельности клетки — ее энергетику, определяющую все остальные функции. Большинство антигипоксантов характеризуется малой токсичностью и хорошо совмещается с другими средствами терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антигипоксанты (актопротекторы) в фармакологии спорта / Э. С. Питкевич [и др.]. — Мн., 2006.

УДК: 616-036.88

РАЗРЕШЕННАЯ СМЕРТЬ ИЛИ УБИЙСТВО

Мосейкова О. М.

Научный руководитель: к. м. н., доцент В. Н. Бортновский

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Согласно Библии, человеческая жизнь является высочайшим даром Бога, начало и конец которой находятся только в Его руках (Иов, 12, 10).

Те моменты нашей жизни, которые связаны с ее началом и концом, а также моменты бессилия, боли и испытаний скрывают в себе уникальную таинственность и составляют тайну, которая требует благоговейного отношения со стороны родственников, врачей и всего общества.

Все то, что христиане называют «христианской кончиной», как об этом говорится в церковной молитве, для древних греков имело наименование «эвтаназии». Это греческое слово, ставшее международным термином, является составным. Оно состоит из прилагательного «ευ», т. е. «благой», или «добрый, красивый, доблестный, благородный» и слова «θανατος», что значит «смерть».

Сегодня принято считать, что смысл эвтаназии заключается в том, что врач или кто-либо другой полагает конец жизни больного прямым или косвенным образом из-за «сочувствия», «облегчения от болей» или же удовлетворяет желание больного умереть, как говорят, будто бы «достойной смертью». Но такой взгляд, основанный на подмене веры в Бога и любви к Нему и к ближнему утилитаризмом и рационализмом, в корне противоречит христианским убеждениям. С христианской точки зрения человек не имеет права на то, чтобы «прерывать» (а, точнее, *обрывать*), будь то прямо или косвенно, свою или чужую жизнь. Человеческая жизнь не является чем-то таким, что при-

надлежит только ее носителю или «ответственным» за него лицам. Не мы ее создали, она дана нам Творцом, и потому мы не в праве распоряжаться ею как нам захочется.

Однако, Церковь, признавая болезненность человеческой природы, всегда сострадательно просит освобождения «от всякия скорби, гнева и нужды», а иногда даже молится об упокоении человека, находящего при смерти (например, молитва на исход души). Вместо того, чтобы решать оборвать свою жизнь насильственно или продолжать ее, Церковь призывает человека ввериться в волю Божию в молитве. Эвтаназия, несмотря на то, что многими в наше время оправдывается как якобы «достойная смерть», на самом деле, с точки зрения православного христианства, является содействием самоубийству, соединением убийства и самоубийства.

Так называемое «право на смерть», которое составляет юридическое основание эвтаназии, может превратиться в угрозу для жизни тех больных, которые не могут оплатить свое лечение. Многие врачи по всему миру разделяют точку зрения профессора А. Спаньоло на то, что принятие эвтаназии обозначает для них позор и фиаско. Ибо, даже с медицинской точки зрения, болезнь, ведущая к смерти, не является непобедимой, поскольку человек может увидеть некий смысл в этом событии. Исследования университета Campus Biomedical показывают, что никто из тех, кто просит об эвтаназии, не делает этого только из желания умереть. Существуют три причины, которые, вместе с тем, являются и косвенной характеристикой современного общества: физическая боль, отчаяние, происходящее от истощения всех физических сил, и страх стать тяжким бременем для своих близких. Если бы больной был уверен, что хотя бы одна из этих причин, или даже все три, встречают любовь и участие со стороны медперсонала, родственников и друзей, он не был бы вынужден просить об эвтаназии. В Австралии, согласно Medical Journal of Australia, 30 % смертей в больницах происходят по решению врачей, которые прекращают лечение на последних стадиях болезни. Соответствующее количество в Голландии составляет 16 %, в Бельгии — 18 % и в США — 11 %. В 2000 г. в Голландии было 2123 официально зарегистрированных случая эвтаназии, из которых 1893 на последних стадиях рака. Проблема, которая недавно возникла в Голландии, где уже вошел в силу закон об эвтаназии, заключается в том, кому надлежит определять боли как «невыносимые и неизлечимые». Сам президент Голландского Королевского Медицинского Общества R. Hagenouw признал, что «очень трудно определить эти границы, и мы постоянно находимся в процессе исследования» (La Croix, 03.04.2002, p. 4).

Разрешение применения эвтаназии, как действия по намеренному умерщвлению безнадежно больных людей, по решению врачей или согласию родственников неизбежно приводит:

- к криминализации медицины и к потере доверия общества к институту здравоохранения;
- к умалению достоинства врача и извращению его профессионального долга;
- к снижению темпов развития медицинского знания, в частности, разработок методов реанимации, обезболивающих препаратов, средств для лечения пока еще неизлечимых заболеваний и т. п.;
- к распространению в обществе принципов цинизма, нигилизма и нравственной деградации в целом, что неизбежно при отказе от соблюдения заповеди «не убий».

Большинство врачей отвергают эту практику и приводят такой убедительный довод: сегодня нет методов для лечения какого-то заболевания, а завтра они могут появиться, в этом смысле неоценимым может оказаться продление жизни больного даже на один день. «Жизнь каждого человека уникальна, и никто не вправе распоряжаться ею, даже если в минуту слабости больной сам попросит об этом», — считает заместитель директора института онкологии им. Герцена В. И. Борисов. Христианское учение запрещает самоубийство. Жизнь дается Богом и принадлежит Ему. Врач не должен при-

сваивать божественное право. Его задача — продлить жизнь и облегчить страдания больного. Таково мнение большинства медиков.

Эвтаназия является формой убийства или самоубийства, в зависимости от того, принимает ли в ней участие пациент. В последнем случае, к эвтаназии применимы соответствующие канонические правила, согласно которым намеренное самоубийство, как оказание помощи в его совершении, расцениваются как тяжкий грех. Умышленный самоубийца, который «соделал сие от обиды человеческой или по иному какому случаю от малодушия», не удостоивается христианского погребения и литургического поминовения. Вместе с тем, необходимо помнить, что вину самоубийцы нередко разделяют окружающие его люди, оказывающиеся неспособными к действенному состраданию и проявлению милосердия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Силуянова, И. В. Современная медицина и православие / И. В. Силуянова. — М., 1998.
2. Янушкявичюс, Р. Основы нравственности / Р. Янушкявичюс, О. Янушкявичене. — М., 2004.
3. Юбилейный архиерейский собор русской православной церкви. Основы социальной концепции русской православной церкви. — М., 2000.

УДК 378.141

ФОРМИРОВАНИЕ АКТИВНОЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПРОЦЕССЕ УЧЕБЫ В ВУЗЕ

Музычкина Е. П., Заренок Н. В.

Научный руководитель: ст. преподаватель кафедры физического воспитания
и спорта Т. В. Карлюк

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Физическая культура является частью общей культуры. Она служит важнейшим фактором становления активной жизненной позиции. В ряде исследований установлено, что у студентов, включенных в систематические занятия физической культурой и спортом и проявляющих в них достаточно высокую активность, вырабатывается определенный стереотип режима дня, повышается уверенность поведения, наблюдается развитие «престижных» установок, высокий жизненный тонус. Они в большей мере коммуникабельны, выражают готовность к сотрудничеству, радуются социальному признанию, меньше боятся критики. У них наблюдается более высокая эмоциональная устойчивость, выдержка, им в большей степени свойственен оптимизм, энергия, среди них больше настойчивых, решительных людей, умеющих повести за собой коллектив, этим студентам в большей степени присуще чувство долга, добросовестность, собранность. Они успешно взаимодействуют в работе, требующей постоянства, напряжения, свободнее вступают в контакты, более находчивы, среди них чаще встречаются лидеры, им легче удается самоконтроль. Подчеркивают положительное воздействие соблюдения здорового образа жизни и систематических занятий физической культурой и спортом на психологические особенности личности студентов.

Цель

Определить степень осмысленности основ здорового образа и стиля жизни студенток УО «Гомельский государственный медицинский университет» во время обучения в вузе.

Методы исследования

Анализ научно-методической литературы; опрос студентов 1 и 3 курсов; анализ данного опроса.

Результаты и обсуждения

Чтобы иметь представление об одном из аспектов здорового образа жизни, о ме-

тодах его сохранения на протяжении учебы в вузе, о взглядах на одни и те же вопросы жизненной позиции студенческой молодежи, был проведен опрос первокурсниц и студенток третьего курса. На задаваемые вопросы ответы давались в свободной форме, можно было обосновать данную точку зрения.

В опросе приняли участие 51 студентка 1 курса и 48 студенток — 3 курса.

На вопрос: «необходимы ли занятия физической культурой (ФК), которая занимает ведущее место в поддержании здоровья и должен ли врач поддерживать физическую форму в процессе своей трудовой деятельности?», 31 % первокурсниц не смогли определиться с ответом, но ближе склонялись к необходимости, тогда как 69 % — высказались о важности ФК, являющейся одной из составляющей здорового образа жизни. 84 % студенток 3 курса обозначили как «обязательно», т. к. оптимальная физическая нагрузка — это профилактика многих заболеваний, но только при хороших условиях (оснащение и организация, удобное время для проведения занятий в режиме дня). 16 % девушек занимаются ФК в вузе потому что «надо», комментируя это особенностями характера и не отрицая необходимости пропаганды занятий физическими упражнениями и активным образом жизни. В процессе общения со студентами появилась хорошая возможность обсудить роль физической культуры в формировании профессионально-прикладных знаний, необходимых в профессии врача.

Вывод

На основании опроса и ответов, полученных в процессе беседы проведенной со студентками, можно проследить степень осмысленности студенток первого и третьего курса, которые понимают не просто необходимость занятий ФК, как залога хорошего самочувствия и внешней красоты, но в первую очередь для профилактики соматических заболеваний и снижении частоты обострений хронических заболеваний.

Чем старше становится студент, тем рациональней он распределяет время, отведенное на учебу и отдых, осознает, что, переключение с умственной нагрузки на активный физический отдых — это способ к снижению развития утомления и повышение адаптивных возможностей организма, несмотря на постоянное повышение учебной нагрузки. Необходимость здорового образа жизни позволяет иметь не только физическое здоровье, но и духовное равновесие.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ушаков, И. Б. Системная концепция индивидуального здоровья с позиций практической медицины / И. Б. Ушаков, Р. А. Вартбаронов, В. М. Усов. — Теоретические аспекты // Гигиена и санитария. — 2004. — Ч. 1, № 2.

УДК 616.8-009.861-089+616.12-005.4

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СОСУДОВ, КРОВΟΣНАБЖАЮЩИХ ГОЛОВНОЙ МОЗГ, С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Нагалюк Ю. В.

Научный руководитель: д.м.н., профессор В. Г. Мишалов

Учреждение образования

**«Национальный медицинский университет им. О. О. Богомольца»
г. Киев, Украина**

Введение

Инсульт головного мозга как причина летальности занимает третье место среди всех заболеваний людей и характеризуется высоким числом инвалидизации. При этом ишемическая болезнь сердца обуславливает большинство осложнений.

Цель

Ретроспективное исследование результатов обследования и лечения, больных с атеросклеротическими поражениями брахицефальных артерий (БЦА) с сопутствующей

ишемической болезнью сердца (ИБС).

Методы исследования

Проанализировано 205 случаев с поражениями БЦА. Средний возраст больных составлял 65 лет. У 135 (65,9 %) была диагностирована ИБС на основании характерной клиники стенокардии, перенесенного инфаркта миокарда, данных ЕКГ в спокойствии, нагрузочных тестов, коронароангиографии. Эта часть составляла группу изучения (1 группа). Контрольная группа — 70 пациентов с изолированными поражениями БЦА (2 группа).

Результаты исследования

Ранние результаты операций на БЦА в первой группе больных были следующими: в 79,3 % больных — хорошие, в 14,1 % — удовлетворительные, в 3,7 % — неудовлетворительные, в 2,9 % — летальный исход. Тогда как во второй группе в 85,7 % — результаты в целом хорошие, в 10,0 % — удовлетворительные, в 2,9 % пациентов — неудовлетворительные, в 1,4 % случаев — наблюдалась летальность. Отдаленные результаты в 78,5 % были хорошими, в 16 % больных наблюдалось ухудшение и в 5,5 % — закончились летальным исходом.

Выводы

1. У больных, подлежащих операции на БЦА сочетанное поражение коронарных сосудов встречалось в 67 %.
2. Всем пациентам до операции на БЦА с целью выявления сопутствующей ИБС целесообразно выполнять ЭКГ, Эхо-КГ, нагрузочные тесты, КВГ.
3. При наличии сочетанного поражения первым этапом выполняются операции на артериях головного мозга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Литвинова, Н. Ю. Хирургическое лечение атеросклеротических поражений брахиоцефальных артерий у больных с сопутствующей ишемической болезнью сердца: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. Ю. Литвинова. — Киев, 2005. — С. 5–11.
2. Мишалов, В. Г. Лекции по госпитальной хирургии / В. Г. Мишалов. — Киев: Аскания, 2008. — Т. 1. — С. 211–269.
3. Покровский, А. В. «Классическая» каротидная эндартеректомия / А. В. Покровский // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2001. — Т. 7, № 1. — С. 101–104.
4. Савчук, Е. А. Особенности клиники и диагностики дисциркуляторной энцефалопатии у больных с поражениями сердечного ритма и проводимости: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Харьков, 2000. — С. 5.
5. Смолянка, В. И. Хирургическое лечение острых ишемических поражений мозгового кровообращения, обусловленного патологией экстракраниальных отделов сонных артерий: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Киев, 2002. — С. 6–34.

УДК 159.9:17

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СЛЕНГ КАК КОМПОНЕНТ ДЕЛОВОГО ОБЩЕНИЯ В МЕДИЦИНЕ

Назаров О., Джумакулиев А.

**Научный руководитель: к.фил.н., доцент кафедры русского языка
как иностранного И. М. Петрачкова**

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

По материальному составу терминология частично пересекается с обиходной медицинской лексикой. Нетерминологическую медицинскую лексику составляют общелитературные, разговорные, диалектные единицы. Весь комплекс профессиональных традиций распадается на две группы: 1) относящиеся к отношениям «профессионал — объект деятельности» (в нашем случае «врач — пациент») и 2) «профессионал —

Материалы и методы исследования

Профессиональный жаргон — это совокупность особенностей разговорной речи

людей, объединенных профессией. В настоящее время больше распространен термин сленг — сравнительно недавнее заимствование из английского, обозначавшее первоначально исключительно язык молодежи. В последнее время сочетаемость слова расширяется (медицинский сленг, армейский сленг, сленги музыкантов и спортсменов, сленг торговцев, сленг уголовников и т. д.). Так, к молодежному сленгу относятся слова: *ботаник* — отличник, усердный ученик; *клёвый*, *классный* — высшая степень положительной оценки; *крутой*, *круто* — выше всяких похвал; *напрягать* — утомлять, докучать и т. п.

Результаты исследования и их обсуждение

Профессиональный сленг является средством языкового обособления, языковой конспирации, что в целом, справедливо и для медицины. Специальная лексика, медицинский сленг — термины и профессионализмы — в профессиональном общении медиков сосуществуют параллельно с общеупотребительной лексикой. Например, в устной речи медиков отмечаются профессионализмы: *дернуть на пищевод* — провести чреспищеводную электрокардиостимуляцию; *клиника*, *остановка* — клиническая смерть; *мерцалка*, *мерцуха* — мерцательная аритмия; *питовцы* — больные, находящиеся в палатах интенсивной терапии; *лучевики* — больные, проходящие лучевую терапию; *посадить на трубу* — перевести на искусственную вентиляцию легких; *труба* — интубационная трубка и др. Профессионализмы, как правило, заменяют термины словосочетания или монологические термины с большим количеством слогов. Например: *трёп* — трепетание предсердий; *подклюка* — подключичная вена; *ярёма*, *ерёма* — яремная вена; *уши* — фонендоскоп; *скоблёжка* — абразия, выскабливание матки; *химия* — химиотерапия; *снять/сделать/записать пленку* — сделать ЭКГ; *сделать снимок* — сделать рентгенологическое исследование и др.

В речи медиков отмечаются профессиональные жаргонизмы, мотивированные специальными терминами или созданные на основе обиходной лексики: *аппарат* — медицинский шприц, *белка* — алкогольный делирий или белая горячка; *консервы* — больные находящиеся в отделении (как правило, хирургическом) на консервативном лечении; *чехол* — летальный исход; *рецидивист* — больной с рецидивом («повторением») болезни; *операция «колбаса»* — повторные ампутации нижних конечностей по поводу их критической ишемии; *тубик* — туберкулез, *вешалка* — взвешивание больных, *дыхалка* — дыхание, *апендюки* — больные после аппендэктомии

Возникновение и функционирование медицинского жаргона в профессиональном неофициальном общении врачей объясняется двумя основными причинами: 1) краткие наименования экономят время; 2) использование сниженной, иногда грубоватой лексики — это психологическая разгрузка в тяжелом труде врачей. Например, в экстремальной ситуации врачу иногда проще сказать: **«Клиент замерцал, кинул давление, ну мы его стукнули и на трубу посадили»**, чем выговорить: «У пациента развился пароксизм тахисистолической мерцательной аритмии, сопровождающийся нестабильностью гемодинамики, что послужило показанием для проведения электроимпульсной терапии с последующей интубацией и переводом на ИВЛ».

Студенческий медицинский сленг представлен, например, в названиях учебных предметов медицинских институтов: «Инфекционные болезни» — *инфекция*, «Пропедевтика внутренних болезней» — *внутренние*, «Патологическая анатомия» — *пата*, «Педиатрия» — *детство*, «Биоорганическая химия» — *БОХ*, «Травматология» — *травма*, «Военная подготовка» — *военка*, «Кожные болезни» — *кожа*, «Гистология» —

Выводы

Таким образом, сленг не имеет под собой никакого неуважения и т. п. к пациенту. Более того, использование жаргонизмов ни в коем случае не исключает владения грамотным медицинским языком, а скорее даже наоборот, не будучи клиницистом правильно пользоваться аргументами практически невозможно. Специальная лексика — термины и

профессионализмы — существуют параллельно с общеупотребительной лексикой как межсистемные (межкультурные) синонимы, с разных мировоззренческих позиций и в разном понятийном объеме обозначают одни и те же реалии. Практическая медицина с ее постоянным общением специалистов и неспециалистов по поводу лечения заболеваний более всего нуждается в установлении диалога научной и наивной картины мира.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жукова, М. И. Социально-психологические факторы успешности деятельности врача: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05 / М. И. Жукова. — М., 1990. — 213 с.
2. Медицина в просторечии / <http://narod.ru/guestbook/?owner=25778>.

УДК 613.2 – 053.37

АНАЛИЗ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ВТОРОГО ГОДА ЖИЗНИ ПО КАЧЕСТВЕННОМУ СОСТАВУ ПИЩИ

Насевич Е. В., Мощина Т. В., Пашко А. Ю.

Научный руководитель: к.м.н., доцент М. П. Волкова

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Рациональное питание — основа нормального физического и нервно-психического развития ребенка. Особое значение имеет питание для детей раннего возраста, для которых характерны исключительно высокие темпы развития в сочетании с ограниченными запасами пищевых веществ в организме. Физиологические особенности детей раннего возраста свидетельствуют о том, что этот активный период в жизни ребенка требует адекватного отношения к его питанию, которое во многом отличается от питания ребенка первого года жизни и постепенно приближается к питанию взрослого человека [1].

Цель исследования

Изучение и оценка питания детей второго года жизни по качественному составу и кулинарной обработке пищи.

Материалы и методы

С помощью анкет были опрошены родители 66 детей в возрасте от 1 до 2 лет, проживающих в г. Гродно.

Результаты

Среди опрошенных 53 % составили дети в возрасте от 1 года до 1,5 лет и 47 % — от 1,5 лет до 2. Антропометрические показатели детей при рождении были следующие: средняя масса тела — $3098,86 \pm 524,99$ г, средняя длина тела — $47,18 \pm 3,54$ см. В 1 год средняя масса тела составила $8964,55 \pm 1293,44$ г, средняя длина тела — $58,95 \pm 4,18$ см.

В возрасте до 1,5 лет 37,1 % детей получали четырехразовое кормление и 28,6 % — пятиразовое. В возрасте от 1,5 до 2 лет 64,5 % детей принимали пищу 4 раза в день. Остальные дети получали питание от 3 до 8 раз в сутки. Установлено, что среди всех опрошенных 15,2 % детей едят самостоятельно с ложечки, 60,6 % — кормят родители. Основная масса детей получала среднеизмельченную пищу (38,7 %), мелкоизмельченную — 10,4 %, протертую — 10,4 %, крупноизмельченную — 16,9 %, кусочками — 23,6 %. Пищу в вареном виде получают 100 % детей, в том числе 49 % из них употребляют пищу и в тушеном виде, жаренную — 17,6 %, запеченную — 29,6 %, на пару — 2,7 %, пассированную — 1,1 %.

Фрукты присутствовали в питании у 69,7 % детей ежедневно. Наиболее часто употребляемыми являлись яблоки, бананы, груши, мандарины. 71,9 % детей получали только свежие фрукты, 3,1 % — только консервированные, 25 % — и свежие, и консервированные. Овощи в рационе питания присутствовали ежедневно у 82 % детей, 5 раз в неделю — у 7,2 %, 4 раза в неделю — у 3,6 %, 3 раза в неделю — у 1,8 %, 2 раза в неде-

лю — у 3,6 %, 1 раз в 2 недели — у 1,8 % детей. Наиболее часто овощи употреблялись в вареном виде (52,5 %), в виде пюре — 37,3 %. Предпочтение отдавалось картофелю, моркови, капусте и свекле.

89 % детей ежедневно употребляют каши, 1,6 % — 5 раз в неделю, 7,8 % — 4 раза в неделю, 1,6 % — 1 раз в неделю. Основное место в употреблении детьми занимает гречневая каша (20,8 %), на втором и третьем месте овсяная (20,2 %) и рисовая (14,3 %) каши соответственно.

В питание детей старше года большая роль принадлежит молоку и молочным продуктам. Они должны составлять значительную часть рациона детей (600 мл/сут с учетом приготовления различных блюд) [2]. По результатам нашего исследования, 46,8 % детей получали 100–290 мл молока и молочных продуктов в сутки, 31,9 % — 300–590 мл, 17 % — 600–1000 мл, 4,3 % — от 1000–2000 мл.

У 60,3 % детей мясо присутствует в рационе питания ежедневно, у 15,8 % — 5–6 раз в неделю, у 17,4 % — 3–4 раза в неделю, у 4,9 % — 1–2 раза в неделю, 1,6 % детей не получают мяса вообще.

У 93,8 % детей в пищевом рационе присутствует соль, а у 6,2 % соль полностью отсутствует. 1/4 чайной ложки (1,25 г) соли в сутки получают 3 % детей, 1/3 чайной ложки (1,6 г) — 3%, 1/2 чайной ложки (2,5 г) — 16,9 % детей, 3/4 чайной ложки (3,75 г) — 6,2 %, 1 чайную ложку — 38,5 %, 1 десертную ложку — 6,3 %, 1 столовую ложку — 1,5 %, щепотку соли в сутки — 18,4 %.

Выводы

1. 30,3 % детей получают недостаточное количество фруктов, 18 % — недостаточное количество овощей.

2. В пищевом рационе детей количество животного белка снижено (молока и молочных продуктов у 78,7 % детей, мяса — у 23,9 %).

3. У 52,5 % детей суточное потребление соли превышало возрастную норму.

ЛИТЕРАТУРА

1. Новые подходы к организации питания детей от 1 года до 3 лет с использованием продуктов промышленного производства / И. Я. Конь [и др.] // Лечащий врач. — 2008. — № 7. — С. 28–32.
2. Мазурин, А. В. Пропедевтика детских болезней / А. В. Мазурин, И. М. Воронцов — М.: Медицина, 2009. — С. 958–961.

УДК 616.155.194.18 – 053.35/.36

ОЦЕНКА СОМАТИЧЕСКОГО И ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, ПЕРЕНЕСШИХ ГЕМОЛИТИЧЕСКУЮ БОЛЕЗНЬ В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ

Насевич Е. В.

Научный руководитель: д.м.н., доцент Л. Н. Шейбак

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Гемолитическая болезнь новорожденных (ГБН) — одна из самых актуальных проблем в неонатологии. Здоровье ребенка и его интеллектуальное развитие в последующие возрастные периоды зависит от своевременной диагностики и правильно проведенного лечения.

Целью исследования явилось изучение особенностей соматического и психического здоровья детей в катамнезе, перенесших в периоде новорожденности ГБН. **Материалы и методы**

Нами проведено катамнестическое обследование 23 детей, перенесших в периоде новорожденности ГБН. В контрольную группу вошли 12 детей, не имевших ГБН и не

вошедших в группу риска по ГБН.

Результаты

Среди детей, перенесших в периоде новорожденности ГБН, конфликт по Rh-фактору отмечался у 5 (21,74 %) человек и у 18 (78,26 %) человек по ABO-системе. Превалировала желтушная форма ГБН — в обеих группах 95,65 %. Среди сопутствующих заболеваний отмечались морфофункциональная незрелость, маловесный к сроку гестации, ВПС, геморрагический синдром, синдром ВУИ. Лечебные мероприятия проводились в роддоме с использованием инфузионной и фототерапии. Среди анализируемых пациентов отмечалась средняя степень тяжести патологического процесса у детей, перенесших ГБН в периоде новорожденности, подтвердилось повышением лимфоцитарно-гранулоцитарного индекса ($7,76 \pm 4,3$), при сравнении с контрольной группой ($3,56 \pm 2,78$).

Антропометрические показатели при рождении в данной группе детей составили: по массе тела — $3542,17 \pm 481,16$ г, по длине тела — $52,78 \pm 2,08$ г. За первые 6 месяцев жизни средняя прибавка массы тела составила $812,64 \pm 214,43$ г, что практически не отличалось от группы сравнения ($817,61 \pm 235,75$ г). На втором полугодии жизни, нами получены аналогичные показатели по антропометрии. Средние показатели увеличения длины тела на первом и втором полугодиях жизни были однотипными в обеих сравниваемых группах. В группе детей, перенесших ГБН, 19 (82,6 %) младенцев в возрасте 2 месяцев имели анемию, в группе сравнения — 2 (16,7 %) ребенка. В группе исследования клинические проявления анемии сохранялись до 1 года у 8 детей.

Аудиологический скрининг проведен в роддоме только у 5 (21,7 %) человек. ЛОР заболевания на первом году жизни имели 8 (34,8 %) детей, в то время как в группе сравнения данный показатель составил 8,7 % (2 человека).

У 11 (47,8 %) детей, перенесших ГБН в периоде новорожденности отклонений в неврологическом статусе не наблюдалось. В возрасте до 1 года задержка моторного развития и синдром двигательных нарушений отмечались у 10 (43,48 %) детей, церебростенический синдром — у 1 (4,35 %) ребенка, «синдром вялого ребенка» — у 1 (4,35 %) человека.

Выводы

1. Физическое развитие на первом году жизни у детей, перенесших ГБН в периоде новорожденности, соответствует возрастной норме.

2. Неврологические расстройства отмечаются у детей в исследуемой группе в 52,2 % случаев.

3. У детей, перенесших в периоде новорожденности ГБН, в возрасте 2–3 месяцев отмечается анемия в 5 раз чаще, по сравнению с контрольной группой.

4. ЛОР заболевания на первом году жизни у детей, перенесших ГБН в периоде новорожденности, встречаются в 4 раза чаще, по сравнению с контрольной группой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шабалов, Н. П. Неонатология: учеб. пособие: В 2 т. / Н. П. Шабалов. — 3-е изд., испр. и доп. — М.: МЕДпресс-информ, 2004. — Т. 2. — 608 с.

УДК: 616.441-006.

ПРОФИЛАКТИКА ЙОДДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Наумова Л. А., Приступюк Л. А.

Научный руководитель: профессор П. Н. Боднар

Учреждение образования

«Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца»

г. Киев, Украина

Введение

Йоддефицитные заболевания охватывают широкий спектр патологических проявлений. Важнейшими из них является патология щитовидной железы в виде диффузного зоба у молодых, узлового зоба и тиреотоксикоза — в старших возрастных группах. Йодный дефицит отражается на интеллектуальном, физическом и репродуктивном потенциале популяции. Поэтому употребление необходимого количества йода обеспечивает полноценное развитие, особенно растущих организмов. Особую актуальность проблема приобретает в регионах, подвергшихся влиянию Чернобыльской катастрофы, ибо достаточность стабильного йода в железе предупреждает накопление радиоактивных изотопов йода в ней.

Анкетирование школьников, их семей для установления потребления йодированной соли в быту, повышение мотивации к потреблению соли, активную групповую йодную профилактику йодного дефицита у школьников назначением Антиструмина (1 мг калия йодида в таблетке).

Методы исследования

Исследование проводилось в сельской общеобразовательной школе в течение 5 лет. Анкетирование, занятия со школьниками, их родителями, распространение информационных материалов, где в игровой форме излагались суть йодного дефицита и простоту преодоления его, использованием йодированной соли. Степень увеличения щитовидной железы оценивали пальпаторно (ВОЗ, 2001). Детям с 1 и 2 степенями зоба проводили УЗИ щитовидной железы.

Результаты исследования

Йодированную соль для бытовых нужд использовали не более чем в 12 % домашних хозяйств. Мотивами отказа от использования соли были: опасения ухудшения качества продуктов, особенно при квашении и домашнем консервировании; изменения вкуса традиционных продуктов питания, информация СМИ о неблагоприятном воздействии йодата калия на здоровье, категорическое нежелание использовать «химию» в повседневном питании. Все продукты в школьной столовой готовились с использованием йодированной соли. Дополнительно назначались препараты калия йодида в суточной дозе 50 мкг детям от 6 до 12 лет и 100 мкг школьникам старше 12 лет. Во время первичного обследования зоб 1 степени выявлен у 80 % школьников. Ежегодные регулярные обследования, санитарно-просветительская работа с родителями, учителями, со школьниками о необходимости йодной профилактики способствовали уменьшению количества детей с зобом до 2–3 %. Наблюдался только зоб 1 степени. Не выявлено ни одного случая зоба 2 степени.

Эутиреоидный зоб возникает на фоне обедненного обеспечения организма йодом. Употребление йодированной соли, назначение йодидов школьникам в суточной дозе 50 мкг детям до 12 лет и 100 мкг после 12-летнего возраста прекращает рост зоба и способствует уменьшению объема щитовидной железы, является действенным профилактическим мероприятием возникновения зоба у детей.

УДК 613.865+371.7

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ УЧЕБНОЙ НАГРУЗКИ НА ЗДОРОВЬЕ УЧАЩИХСЯ С УЧЕТОМ ВИДА ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Невская А. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. М. Дорофеева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

За годы обучения в образовательных учреждениях наблюдается прогрессирующее ухудшение состояния здоровья учащихся: 70 % функциональных расстройств переходят теперь в стойкую хроническую патологию. Особую тревогу вызывает здоровье школьников, среди которых, по данным исследований, лишь 10 % могут считаться здоровыми. Ухудшение состояния здоровья детей в процессе обучения особенно характерно для учащихся школ с повышенной учебной нагрузкой (гимназии, лицеи и т.п.), получивших столь большую популярность в последние годы.

Целью исследования явилось изучение влияния учебной нагрузки на здоровье учащихся с учетом вида образовательного учреждения.

В исследовании приняло участие 278 учеников.

Объективная оценка состояния здоровья проводилась по результатам профилактических медицинских осмотров. Анализ функционального состояния проводился методом корректурных таблиц Анфимова. Анализ организации учебно-воспитательного процесса проводился путем сравнения фактических данных с гигиеническими нормативами СанПиН 2.4.16-33-2006 «Гигиенические требования к устройству, содержанию и организации учебно-воспитательного процесса общеобразовательных учреждений». Изучение адаптации к учебному процессу производилось посредством исследований динамики умственной работоспособности методом дозированных заданий в дневном и недельном учебных циклах. Это позволило выявить, что максимальная недельная учебная нагрузка в гимназии больше, чем в школе, что связано с дополнительными уроками английского языка. Нерациональное размещение в учебной сетке динамических занятий (уроки физкультуры и труда ставятся первыми или последними) чаще встречается в гимназии. По совокупности критериев, более рационально было составлено учебное расписание в СОШ № 32.

При исследовании состояния здоровья школьников 5–10 классов общеобразовательной школы и гимназии города Гомеля выявлено, что обучение в гимназии дается детям с большей затратой физиологических резервов и достоверно приводит к снижению качества и количества здоровья. В 9-м классе практически здоровых детей в гимназии достоверно меньше, чем в школе (8 и 22 %, соответственно, при $p < 0,05$). Изучение влияния учебной нагрузки на распространенность астено-невротических жалоб позволило установить достоверные различия среди учащихся школы и гимназии. Так, среди учащихся гимназии жалобы астено-невротического характера предъявляли 89,5 % детей, в школе — 56,4 % учащихся ($p < 0,05$).

Исследование динамики умственной работоспособности методом дозированных заданий в дневном и недельном учебных циклах показал, что до начала занятий в первый учебный день недели наиболее высокий уровень работоспособности имели дети гимназии, наиболее низкий уровень работоспособности отмечался у детей, посещающих школу. После окончания занятий наибольшее количество детей со сравнительно низким уровнем работоспособности отмечено среди учащихся школы. К концу первого учебного дня недели положительная динамика работоспособности отмечалась у 42,5 и 38,6 % учащихся школы и гимназии соответственно. Однако, заметное утомление в конце уроков наблюдалось только у учащихся гимназии — 4,5 % случаев. В последний учебный день до начала занятий наиболее высокий темп работы при наименьшем количестве ошибок выявлен в гимназии, существенно ниже уровень работоспособности — в школе. Анализ динамики работоспособности в течение последнего учебного дня недели показал, что приблизительно у 23 % учащихся гимназии и у 34 % учащихся школы работоспособность возросла (относительно индивидуального уровня работоспособности до начала занятий). Начальная стадия утомления выявлена у 44,6 и 51,8 % учащихся гимназии и школы соответственно. В последний учебный день учащиеся с выраженным утомлением составили 32,4 % в гимназии и 14,2 % — в школе.

Таким образом, гигиеническая оценка расписания позволила установить, что учебная нагрузка в учебных заведениях была распределена нерационально, как в течение дня, так и в течение учебной недели. Обучение дается детям с большой затратой физиологических резервов, что приводит к выраженному утомлению в конце учебной недели, увеличению жалоб астено-невротического характера и снижению качества и количества здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аветисян, Л. Р. Изучение влияния учебной нагрузки на состояние здоровья учащихся / Л. Р. Аветисян // Гигиена и санитария. — 2001. — № 6. — С. 48–49.
2. Бурханов, А. И. Состояние здоровья учащихся школ различного профиля / А. И. Бурханов, Т. А. Хорошева // Гигиена и санитария. — 2006. — № 3. — С. 58–60.

УДК 616.995.132(476.2)

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРИХИНЕЛЛЕЗА В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Невская А. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. П. Мамчиц

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Для Республики Беларусь трихинеллез является краевой патологией и периодически проявляется во всех областях Белоруссии, чаще в ряде регионов Гродненской, Брестской, Витебской областях. В 2009 г. было зарегистрировано 4 вспышки в стране, из них наиболее значимой была вспышка трихинеллеза в Гродненской области с числом пострадавших до 26 человек. Это делает вопрос профилактики этой инфекции крайне актуальным [1, 2, 3].

Цель исследования

Оценить эпидемическую ситуацию по заболеваемости трихинеллезом населения Гомельской области за 1980–2009 гг. для коррекции профилактических мероприятий и обеспечения санитарно-эпидемического благополучия населения.

Материалы исследования

Данные официального учета заболеваемости трихинеллезом из учетно-отчетной документации Гомельского областного центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья.

Методы исследования

Ретроспективный эпидемиологический анализ, описательно-оценочные методы, статистические методы, анкетирование лиц из группы риска (всего обработано 58 анкет).

Результаты исследования

За анализируемый период по Гомельской области было зарегистрировано 302 случая заболеваний трихинеллезом. Наибольшее количество случаев заболеваний отмечено в 1984 г. (50 случаев), в 1990, 1991, 2005, 2009 гг. трихинеллез не регистрировался. При сравнительной характеристике уровней заболеваемости за 1980–1990 гг. и 2000–2009 гг. установлено, что в первом периоде было зарегистрировано суммарно 214 случаев заболеваний, а во втором — 53 случая, что в 5 раз меньше. Это может свидетельствовать об эффективности целенаправленной профилактической работы как среди всего населения, так и среди лиц, относящихся к группам повышенного риска (ветеринарных работников, сельскохозяйственных рабочих, охотников и т. д.).

Многолетняя динамика заболеваемости характеризовалась выраженной эпидемической тенденцией к снижению уровня заболеваемости со среднегодовым темпом ежегодного прироста 21,2 %. Наибольшее число случаев зарегистрировано с декабря по февраль и в июне-июле, что связано с сезоном охоты на диких зверей и массовым убоем домашних свиней.

В 80-х гг. наибольшее количество случаев приходилось на Калинковичский район (59 слу-

чаев заболеваний трихинеллезом), а в период с 2000 по 2009 гг. — на Ветковский район (12 случаев заболеваний трихинеллезом). Мозырский район за весь анализируемый период относится к неблагополучным по заболеваемости трихинеллезом. Все случаи заболеваний трихинеллезом имели вспышечный характер (источником заболевания послужило мясо домашних или диких животных, не прошедшее санитарно-гигиеническую экспертизу). Чаще заболевания протекают в средней форме тяжести, наиболее значимыми симптомами заболевания трихинеллезом являются: боли в мышцах, лихорадка, отек и эозинофилия. Первоначальный диагноз «трихинеллез» установлен в 25 % случаев от числа обратившихся за медицинской помощью, у 31,2 % больных первоначально выставлен диагноз ОРИ, у 12,5 % — аллергическая реакция.

Взрослые лица болеют гораздо чаще, чем дети до 14 лет (89 и 11 % соответственно). Трихинеллезом болеют как городские жители (72 %), так и проживающие в сельской местности (28 %). При этом заболеваемость городских жителей, вероятнее всего, связана с природными очагами инвазии, а заболеваемость сельских жителей — с синантропными очагами. В результате опроса лиц, содержащих домашний скот и реализующих мясо на рынках, установлено: знают о заболевании трихинеллезом и о его профилактике 37,8 %, не знают — 62,2 %; в 75,5 % частных домовладений не уничтожаются продукты (или отходы) боя, а это значит, что имеется вероятность распространения очага трихинеллеза домашними животными и синантропными грызунами.

Заключение

Заболеваемость населения трихинеллезом формируется под влиянием периодических и случайных факторов, довольно часто носит вспышечный характер, что связано с употреблением мяса больных животных группой людей. Специалисты учреждений здравоохранения должны проводить гигиеническое обучение населения с целью формирования четких представлений об этом заболевании и о мерах его профилактики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Основы общей и прикладной ветеринарной паразитологии: учеб. пособие / К. П. Федоров [и др.] // Министерство сельского хозяйства РФ. Новосибирский Государственный аграрный университет. — Новосибирск, 2004. — 212 с.
2. Васерин, Ю. И. [и др.] // Медицинская паразитология. — 2005. — № 4. — С. 8–13.
3. Дмитриев, С. Н. [и др.] // Медицинская паразитология. — 1991. — № 4. — С. 23–24.

УДК 617.414.7

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КАРИОПИКНОТИЧЕСКОГО ИНДЕКСА ПРИ ПОДГОТОВКЕ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ

Недосейкина М. С., Дронова В. Г.

**Научные руководители: к.м.н. О. А. Теслова; д.м.н., профессор Е. И. Барановская,
зав. отделением патологии пренатального периода У «ГОКПБ» А. В. Мишин**

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Принятие решения об индукции родов по показаниям со стороны матери или плода является весьма ответственным шагом в акушерской практике. Это решение должно быть основано на объективных данных и оценке благоприятного исхода родов [1].

Цель

Изучить прогностическое значение кариопикнотического индекса (КПИ) для исхода родов при индукции «созревания» шейки матки.

Материалы и методы

В ходе исследования сравнивали 2 группы женщин с доношенной беременностью,

не имеющих тяжелой экстрагенитальной патологии или осложнений беременности, требующих родоразрешения в срочном порядке по показаниям со стороны матери или плода. Пациентки обследованы для исключения воспаления во влагалище или в цервикальном канале методом бактериоскопии. В первой группе (22 женщины) проводили индукцию «созревания» шейки матки посредством введения интрацервикально катетера Фоллея, во второй группе (15 пациенток) использовали палочки ламинарии.

Состояние шейки матки оценивали по модифицированной шкале М. Burunhill, учитывали консистенцию, длину шейки матки, проходимость цервикального канала. Максимальная оценка составила 6 баллов, минимальная — 0. Проводили цитологическое исследование мазков влагалищного эпителия. Мазки брали из бокового свода влагалища, высушивали при комнатной температуре и фиксировали по Май-Грюнвальду в течение 5 минут, окрашивали по Романовскому-Гимзе с экспозицией 30 минут [2]. Проводили подсчет клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами в 10 полях зрения на увеличении $\times 100$ и вычисляли КПИ по формуле 1:

$$\text{КПИ} = \frac{\text{количество клеток с пикнотическими ядрами}}{\text{общее число клеток в полях зрения}}$$

Для выявления ассоциаций и корреляций качественных номинальных, бинарных и количественных признаков рассчитаны коэффициенты Спирмена (r_s) и Кендалла (τ) [3].

Результаты и обсуждения

При применении катетера Фоллея у 13 ($59,1 \pm 10,5$ %) рожениц роды завершились естественным путем, у 9 ($40,9 \pm 10,5$ %) женщин в родах план изменен в пользу операции кесарева сечения в связи с возникшими осложнениями. При использовании палочек ламинарий через естественные родовые пути завершилось 13 ($86,7 \pm 8,8$ %) родов, операцией кесарева сечения — 2 ($13,3 \pm 8,8$ %).

При применении катетера Фоллея выявлена положительная корреляционная взаимосвязь между степенью «зрелости» шейки матки до начала индукции ее созревания и значением КПИ ($r_s = 0,52$, $p = 0,05$), при этом женщины с высокой оценкой состояния шейки матки чаще рожали через естественные родовые пути ($\tau = 0,62$, $p = 0,05$). Также получена положительная ассоциация между КПИ и завершением родов через естественные родовые пути ($\tau = 0,47$, $p = 0,05$).

В случае использования палочек ламинарии выявлена положительная корреляционная взаимосвязь между значением КПИ и завершением родов через естественные родовые пути ($\tau = 0,53$, $p = 0,05$). Взаимосвязи между баллом шейки матки и исходом родов при применении палочек ламинарии не наблюдалось.

Выводы

Значение КПИ является более объективным критерием прогноза исхода родов по сравнению с оценкой в баллах степени «зрелости» шейки матки. КПИ — доступный метод диагностики готовности организма к родам, который следует широко использовать при индукции родов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко, В. В. Индукция родов и их регуляция простагландинами / В. В. Абрамченко, Р. А. Абрамян, Л. Р. Абрамян. — СПб., 2005.
2. Rabe, T. Gynaekologie und Geburtshilfe / T. Rabe // Weinheim: Verlagsgesellschaft mbH. — 1990.
3. Гланц, С. Медико-биологическая статистика / С. Гланц; пер. с англ. — М.: Практика, 1999.

УДК 93/99(476.1)

ЖИЗНЬ, БОРЬБА И ГИБЕЛЬ МИНСКОГО ГЕТТО

Николаенко М. И.

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Холокост — это уникальное и трагическое явление XX века. Это политика нацистской Германии по преследованию и массовому уничтожению евреев в 1933–1945 гг. Во время катастрофы европейского еврейства было истреблено около шести миллионов евреев. Они гибли в гетто, концентрационных лагерях, в результате массовых расстрелов.

Началом Холокоста является 1 апреля 1933 г., когда по всей Германии был объявлен бойкот еврейским магазинам и товарам. Но только после завоевания Польши немцами было принято «окончательное решение еврейского вопроса», означавшее уничтожение еврейского населения Европы.

Цель

Показать на примере Холокоста в годы Второй мировой войны, к чему приводит национальная нетерпимость, рассказать о трагической судьбе еврейского народа, которая была уготована ему в военные годы немецко-фашистскими захватчиками, о жизни людей в Минском гетто, показать все ужасы тех дней, чтобы предупредить людей перед большой ошибкой, которая может повториться.

Основная часть

В оккупированной фашистами республике было создано около 230 гетто. До конца 1942 г. в Восточной Беларуси было уничтожено практически все еврейское население, а в Западной ее части мероприятия по уничтожению начались весной 1942 г.

В Минск немецкие войска вошли 28 июня 1941 года. В столице осталось большое количество евреев, не успевших покинуть свои дома. Решение о создании гетто было принято 19 июля 1941 г. [5]. В район создания гетто вошли 34 улицы и переулка и еврейское кладбище. [3] В Минске существовало три гетто: большое, малое и «зондергетто». С 20 июля по 1 августа 1941 г. в Минске происходило «Великое переселение» — со всех его концов и ближайших окрестностей в отведенный для проживания евреев район города переезжали еврейские семьи. Так и возникло Минское гетто. За колючей проволокой оказалось около 80 тысяч евреев, из них 55 тысяч минчан [4]. Переселявшиеся в гетто оставляли свои квартиры, мебель, вещи, забирая с собой только необходимое.

Каждый еврей должен был носить на своей одежде нашивку желтого цвета. Как правило, это были просто куски желтой материи, чаще всего, неровно вырезанные кружки [4]. Минское гетто просуществовало около 27 месяцев. В столице Белоруссии оказалось значительное количество беженцев из западных областей республики, которые не смогли эвакуироваться. С ноября 1941 г. около 7 тысяч евреев рейха оказались узниками особого района — «зондергетто» (всего же через минское гетто прошло около 20 тыс. евреев рейха, большинство из которых уничтожилось вскоре после прибытия). Оно организовано на территории площадью около 2 квадратных километров, занимая около 40 улиц и переулков в западной части города. Узники гетто использовались вермахтом на различных вспомогательных и ремонтных работах. Одновременно шло постоянное сокращение его населения в ходе регулярных «акций», а также вследствие epidemий и высокой смертности от голода и болезней. В результате, уже через год численность советских евреев сократилась более, чем в десять раз и составляла к августу 1942 г. примерно 6,5 тысячи человек [3]. Из каждых ста узников гетто до освобождения дожили всего 2–3 человека [5].

Но узники не только страдали и погибали. Они и боролись. Практически с момента образования гетто в нем стали появляться первые подпольные ячейки. Сопротивления [5]. В Минском гетто активно действовали 22 подпольные группы, объединявшие более трехсот человек. На их боевом счету диверсионные акты и саботаж на немецких

предприятиях и железнодорожном узле, тысячи людей, выведенных из гетто в партизанские отряды. Вместе с городским подпольем организовали вывод детей из гетто и передачу их в белорусские детские дома. Так было спасено около 400 детей-узников. Взрослые, бежавшие из гетто, вливались в партизанские отряды, где героически сражались против фашистов, приближая победу над общим врагом. По данным последних исследований, в лесах Беларуси сражалось от 10 до 15 тыс. евреев-партизан [1].

Уничтожение евреев началось уже в июле 1941 г., когда за 6 недель было убито 1100 человек. Акции проводились по заранее разработанному плану. Кроме этого, устраивались погромы. Гетто пережило их шесть.

7 и 8 ноября состоялись первые страшные погромы в Минском гетто [2]. Было расстреляно около десяти тысяч человек [2]. По другим источникам — до 17 тысяч [4].

20 ноября 1941 г. был нанесен второй удар по гетто, в результате которого были убиты (по разным источникам) от 7 до 10 тыс. человек [4].

Третий погром начался 2 марта 1942 г. в 10 часов утра. Всего за 2 дня марта погибло около 5–6 тыс. узников [3].

Начавшийся 23 мая 1942 г. четвертый погром продолжался четверо суток. Все эти дни и ночи крытые машины и «душегубки» увозили людей из гетто в Тростенец и там уничтожали.

28–31 июля 1942 г. был произведен очередной страшный, один из самых кровавых, погром. Людей в «душегубках» отвозили в район деревни Малый Тростенец и там убивали. Фашисты и полицейские в это время расправлялись с евреями в самом гетто. В эти дни были уничтожены детский дом, дом инвалидов, больница. Погибло около 30 тыс. человек. После этой акции в гетто оставалось 8794 человека, в том числе 3 тыс. немецких евреев. 21–23 октября 1943 г. в Тростенце были уничтожены последние узники.

В заключение

Это история только одного из нескольких сот гетто. За четыре года войны было уничтожено 6 миллионов евреев — третья часть всего европейского народа, геноцида такого масштаба человечество еще не знало.

На бывшем еврейском кладбище в настоящее время размещена парковая зона. Вблизи, на месте второго погрома — памятник, установленный выжившими узниками и общественностью в 1947 г., мемориальный комплекс «Яма» (1990 г.). Усилиями общественности готовится проект Международного мемориального комплекса лагеря смерти в Тростенце. В Тростенце, Минске впервые за 60 лет была проведена первая Международная научно-практическая конференция о Минском гетто [2]. Мне кажется, что делом чести и совести всех государств и их граждан сделать реальные шаги по признанию трагедии еврейского народа, чтобы всем миром противостоять расизму, геноциду, антисемитизму, чтобы предотвратить подобные явления в будущем, так как это трагедия не одного отдельно взятого народа, а общечеловеческая.

ЛИТЕРАТУРА

1. Встали мы плечом к плечу... Евреи в партизанском движении Белоруссии 1941–1944 гг. / И. П. Герасимова. — Мн.: Асобны Дах, 2005. — 187 с.
2. Лагерь смерти Тростенец 1941–1944 гг.: памяти жертв нацизма в Беларуси. Материалы международной научно-практической конференции 10 ноября 2004 г.: сб. науч. работ / редкол.: В. Ф. Балакирев, К. И. Козак [и др.]. — Мн., 2005. — 316 с.
3. Жизнь и гибель Минского гетто // Ежемесячная газета Союза Белорусских еврейских общественных объединений и общин «АВИВ». — 2003. — № 10(121).
4. «...на перекрестках судеб» / из воспоминаний бывших узников гетто и праведников народов мира / О. М. Аркадьева [и др.]. — Мн.: Четыре четверти, 2001. — 240 с.
5. *Трейстер, М.* Проблески памяти. Воспоминания, размышления, публикации / М. Трейстер; под ред. К. И. Козак. — Мн., 2007. — Вып. 4. — 242 с.

УДК 618.39

АБОРТ — УБИЙСТВО БЕЗЗАЩИТНЫХ

Николаенко Н. В.

Научный руководитель: ассистент кафедры внутренних болезней № 2

с курсом эндокринологии О. Н. Кононова

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Первой страной, где разрешили аборт, была Советская Россия в период революции. Этот закон вызвал не ужас и омерзение у других народов, а стал примером для подражания. В течение XX в. большинство государств приняло законы о частичной или полной легализации аборт. Таким образом, в сознании людей XX в., гордящихся своей цивилизованностью, убийство нерожденного ребенка перестало быть преступлением. И это — яркий симптом того, что человечество переживает глубокий духовный и нравственный кризис, который переходит уже в катастрофу. В странах СНГ ежегодно совершается до девяти миллионов абортов. Каждый четвертый убитый ребенок приходится на Россию, Белоруссию, Украину. Убивают самых незащищенных — еще не рожденных, находящихся в утробе матери, тех, которые не могут даже пискнуть в знак протеста. И страшно даже не только убийство само по себе, а то, что оно стало обычным делом, к которому все привыкли. Помимо этого, аборт представляет собой серьезную угрозу физическому и душевному здоровью матери. Церковь считает своим долгом выступать в защиту наиболее уязвимых и зависимых нерожденных детей. С точки зрения современной генетики и эмбриологии жизнь человека как биологического индивидуума начинается с момента слияния ядер мужской и женской половых клеток и образование единого ядра, содержащего неповторимый генетический материал, в котором заключен весь потенциал человеческой личности, начиная с фенотипа (рост, вес, цвет глаз и волос и т. д.), заканчивая темпераментом и тем, что этот человек будет любить запах розы. Во время первой трети беременности, а именно на 21-й день у ребенка начинает биться сердце и формируется собственная система кровообращения. В 6 недель тридцатиграммовый малыш уже совершает первые движения. На этом сроке искусственный аборт обычно выполняется путем расширения и выскабливания. Шейка матки принудительно расширяется и эмбрион и плацента удаляются, или же высасываются под вакуумом. В 12 недель он реагирует на свет, тепло, шум. Все системы его органов уже сформированы, и им остается только развиваться. Он засыпает и просыпается вместе с матерью. Экспериментами давно доказаны сложные и, что важно, целесообразные реакции плода на окружающую среду (например, он чувствует боль и отдергивает ручку, если ее уколоть; совсем как новорожденный хватает и сжимает положенный ему на ладошку предмет и т. д.). В этот период проводят расширения шейки, введения хирургических щипцов для отделения и удаления плода с последующим выскабливанием для получения уверенности в том, что матка пуста. Другой отличный от этого метод — известный как соляной аборт. Через брюшную полость женщины игла вводится в амниотическую полость, некоторая часть физиологической жидкости удаляется и заменяется концентрированным соляным раствором. Этот отравленный раствор вызывает асфиксию плода, после этого обычно мать переходит к родам и рождает, как правило, мертвый плод. Искусственный аборт после второй трети беременности требует хирургической процедуры, называемой гистеротомией. Операция технически аналогична кесаревому сечению — за исключением того, что в данном случае целью является аборт, а не рождение ребенка. При способе, когда плод изымается путем гистеротомии, весьма сложно получить жизнеспособный плод, когда он или она удалены из чрева и плацента крепкая. Следовательно, при этой операции возникают важные вопросы законности, связанные с ответственностью врача не только по отношению к матери, но и, возможно, жизнеспособному младенцу. На всем протяжении внутриутробного развития новый человеческий ор-

ганизм не может считаться частью тела матери. Его нельзя уподобить органу или части органа материнского организма. Поэтому очевидно, что аборт на любом сроке беременности является намеренным прекращением жизни человека. Ответственность за убийство нерожденного ребенка, наряду с матерью, несет и отец, в случае его согласия на производство аборта. Ответственность ложиться и на душу врача, производящего данную операцию. Врач должен проявлять максимальную ответственность за постановку диагноза, следствием которого является прерывание беременности. Церковь призывает государство признать право медицинских работников на отказ от совершения аборт по соображениям личных убеждений. Борьба с абортами на которые женщины подчас идут вследствие крайней материальной нужды и беспомощности, требует от церкви и общества выработки действенных мер по защите материнства, а также предоставление условий для усыновления детей, которых мать почему-либо не может самостоятельно воспитать. Ответственность христианина на проблему аборта не может быть ограничено общественным протестом. Каждый человек должен также отдавать себя постоянно-му служению по поддержке и заботе о тех, кто сталкивается с такими проблемами, которые побуждают женщин принимать решение об аборте.

Христианское понимание всегда формулировалось словами аналогичными словам Псалма 139: Ибо Ты устроил внутренности мои, и соткал меня во чреве матери моей. Славлю Тебя, потому что я дивно устроен. Дивны дела твои и душа моя вполне сознает это. Не сокрыты были от Тебя кости мои, когда я созидаем был в тайне, образуем был во глубине утробы. Зародыш мой видели очи Твои, в твоей книге записаны все дни, для меня назначенные, когда ни одного из них еще не было.

Такие слова не только направляли нас к изумлению перед чудом новой жизни, но и убеждали в том, что величие и ценность человеческих жизней не зависят от особых открытий, так как Бог простер над нами свою руку и заботится о наших днях даже «когда ни одного из них еще не было».

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеев, Д. А. Православие и медицина / Д. А. Авдеев. — М., 2005.
2. Аборт в истинном свете // Евангелическое Лютеранское Служение. — 2003.

УДК 614.253

ЛОЖЬ ВО БЛАГО?

Николаенко Н. В.

**Научный руководитель: ассистент кафедры внутренних болезней № 2
с курсом эндокринологии О. Н. Кононова**

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

На первый взгляд вопрос, вынесенный в заглавие этой статьи, кажется простым. Однако данная тема зачастую приобретает такую окраску, что возникает ряд серьезных трудностей. Казалось бы, все ясно: истина — это хорошо, ложь — плохо. Действительно, разумное следование христианским истинам всегда признается добродетелью, но нередко христиане вступают перед вопросом: всегда ли является грехом некая малая ложь? Такую ложь даже принято называть «благим обманом», «святой ложью», «ложью во спасение» и так далее. Но отличны ли друг от друга по своей природе малая и большая ложь? Православное нравственное богословие отвечает на это однозначно: малая и большая ложь единоприродны. Когда Священное писание говорит нам о порочности лжи, то оно не делает никаких извинительных оговорок для некой малой лжи. Иначе, пришлось бы признать, что

есть некая малая ложь, которая вовсе уже не ложь, а что же она такое, уж не правда ли?

Типичным примером лжи во благо является сокрытие от больного информации о истинном положении его здоровья. Но, можем ли мы не говорить человеку, что он смертельно болен? Для ответа на этот спорный вопрос необходимо понять: что есть ложь? Ложь есть преднамеренное искажение истины. Однако, нужно заметить, что ложь не ограничивается одними лишь словами. Ложь, может быть, целая жизнь, прожитая в угоду ложным принципам; лицемерно прожитая жизнь; поклонение идолу также является ложью; лесть, двуличие и двойная жизнь также является примерами лжи. И наконец, ложь является ложные надежды и ожидания. В любом случае, ложь — это выгода для одного человека и обман для другого. Можно согласиться только в одном: выгода может принимать разные обличия, но обман имеет только одно лицо и оно для всех одинаково. Таким образом, если человек болен физически и дни его сочтены, он должен быть об этом извещен. Ему надо примириться с близкими, осознать реальность и быть готовым к ней. И часто в этой ситуации близкие выбирают путь «заговаривания зубов», «мы его обманываем ради него». А врач скрывает состояние пациента, чтобы не ухудшить его состояние сильным стрессом. Создать человеку спокойную атмосферу осмысления пройденного пути и расположить к иной реальности — большая и серьезная работа. И мы не хотим взваливать на себя еще и этот психологический груз. Не это ли является выгодой для близких, врача? На мой взгляд, когда практикующий врач помогает больным, но как никто находимся постоянно на острие экзистенциальных, духовных проблем. Проблема лжи всегда стоит иной раз профессионально. Точнее, стоит не проблема лжи, а качество правды. Поэтому, всегда большой вопрос, как сказать правду, какую сказать правду, может ли человек вынести эту правду. Врач сталкивается зачастую с тем, что человек, страдающий тяжелым заболеванием, обычно сам стремится защитить себя от этой жестокости жизни. Даже, вопреки очевидным фактам, он продолжает верить в спасение. Он ищет при этом не правду, а надежду. В таком состоянии возникают серьезные изменения личности больного, начинают действовать особые механизмы психической защиты. Многим врачам приходится сталкиваться с этими поразительными явлениями, наблюдающимся даже у заболевших врачей. Поэтому, задача врача правильно оценить ситуацию и дать нужные для данного человека ориентиры, которые помогут справиться с горькой, но правдой. Если это будет надежда и борьба, значит, врач должен идти рядом с больным до конца, а если человек смириться с неизлечимым заболеванием, то надо с уважением принять его решение.

Ложь... я думаю, никому из нас не приятна ложь. Она ранит, она уничтожает, она льстит, она подымает и возвышает человека, а потом безжалостно кидает его на землю — некоторые разбиваются после такого потрясения, другие получают душевую рану и тешут мыслью себя о том, как отомстить, а другие встают, отряхиваются и идут дальше... но ни те, ни другие не застрахованы от того, что они вновь не столкнуться с ложью. Не всем нужна правда... ложь необходима слабым людям и поэтому ложь будет существовать. Сказанная один раз неправда — это еще не сама ложь. Всякий может споткнуться, испугаться, попасть под давление более сильного. Ложь — это внутренняя установка, сложившееся мировоззрение или даже намеренное служение «отцу лжи». Сатин говорил «правда — Бог свободного человека». Так не будем загонять себя в заключение лжи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеев, Д. А. Православие и медицина / Д. А. Авдеев. — М., 2009.
2. Антоний Оптинский Письма к разным лицам. — М., 2009.

УДК 614.8–052:613.954/955

ПРОБЛЕМА ДЕТСКОГО ДОРОЖНО–ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА

Новик С. Ю., Новик Н. Ю.

Научные руководители: ст. преподаватель С. В. Куницкая,
ст. преподаватель И. И. Халямина

Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь

Никто не застрахован от несчастного случая на дороге, однако особенно высокому риску подвержены дети и молодежь. Дорожно-транспортное происшествие (ДТП) с участием детей — всегда трагедия для родителей и родственников. Даже если ребенок остался жив, получив легкие телесные повреждения, это остается для него психологическим потрясением на всю жизнь. Среди детей в возрасте 5–14 лет и молодежи 15–29 лет дорожно-транспортный травматизм — вторая по значимости причина смерти во всем мире. **Основной целью** данной работы являлось изучение основных причин детского дорожно-транспортного травматизма в Республике Беларусь. Основным методом исследования был социологический опрос, в котором приняло участие 245 человека в возрасте от 16 до 64 лет. В ходе работы решались следующие задачи: изучение частоты регистрации дорожно-транспортного травматизма на территории Республики Беларусь и правила поведения взрослых и детей на дороге.

Дети часто являются участниками дорожного движения: пешеходы, велосипедисты, пассажиры. Ежедневно, не соблюдая правил дорожного движения, в Республике получают травмы и гибнут несовершеннолетние. В 2008 г. количество ДТП с участием детей до 18 лет в республике составило 5,8 случаев на 100 тыс. населения: 108 детей в возрасте до 18 лет, из них 4 — в возрасте до года [1].

Дети — наиболее уязвимая группа в обществе, так как они не имеют достаточно знаний о поведении в дорожной среде, созданной взрослыми. Поэтому, родители должны стараться максимально защитить себя и своего ребенка. По данным ВОЗ, использование детских удерживающих устройств (сидений для детей грудного возраста, детских сидений до 12 лет и дополнительных подушек сидения) может уменьшить число случаев смерти детей в результате аварий на 54–80 %. Применение ремней безопасности снижает риск смерти среди пассажиров, сидящих на переднем сидении, на 40–65 % и может снижать риск смерти пассажиров, занимающих заднее сидение, на 25–75 %. Среди участников нашего исследования 87 % респондентов согласились, что ремни безопасности и детские удерживающие устройства, действительно, могут сохранить жизнь или, по крайней мере, снизить тяжесть травм и ранений при ДТП. 80,4 % участников опроса, являясь водителем либо пассажиром в автомобиле, постоянно используют ремни безопасности. **Высокий уровень безопасности** детского дорожно-транспортного травматизма можно объяснить также низким уровнем знаний детьми правил дорожного движения и недостаточными навыками безопасного поведения на дорогах. Даже сознательно, выполняя все правила для пешеходов, ребенок не сможет безопасно перейти проезжую часть дороги в силу своих возрастных особенностей поведения. Из числа опрошенных 36,1 % человек считают, что обучения основам безопасности дорожного движения в дошкольных и общеобразовательных учреждениях достаточно для приобретения необходимых навыков правильного поведения детей и подростков на дорогах. Вариант «нужно давать детям больше теоретических и практических навыков» предложили 34,9 % респондентов, а вариант «навыки безопасного поведения на дороге должны преподаваться как самостоятельная дисциплина» — 4,7 % проанкетированных.

Госавтоинспекция РБ регулярно проводит мероприятия в школах и прочих детских учреждениях, в ходе которых не только рассказывают о правилах дорожного движения в увлекательной игровой форме, но и раздают световозвращающие элементы. Применение пешеходами световозвращателей снижает риск наезда более чем в 6,5 раз, что особенно важно для детей в связи с их малыми размерами тела, в результате чего, они менее заметны на дороге. 89,4 % респондентов считали, что правильное ношение световозвращающих элементов в темное время суток может спасти жизнь пешеходу, однако, только 7,2 % участвующих в анкетировании постоянно использовали фликер.

С целью эффективного решения проблемы детского дорожно-транспортного травматизма в республике предлагается создать межведомственный организационно-методический центр, основной функцией которого будет координация работ по снижению тяжести медицинских последствий ДТП. Без целенаправленного учета и разностороннего анализа (медицинского, технического, социального и других) каждого случая ДТП, в котором пострадали дети, нельзя надеяться на снижение числа несчастных случаев на автодорогах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Смертность в Республике Беларусь за 2007–2008 гг. // Офиц. стат. сб. — Мн.: ГУ РНМБ, 2009. — 184 с.

УДК 61:2

БОЛЕЗНЬ ТЕЛА: ОСМЫСЛЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ БЕСПЛОДИЯ В ИУДЕЙСКОЙ И ХРИСТИАНСКОЙ (ПРАВОСЛАВНОЙ) ТРАДИЦИЯХ

Новиков И. В., Ромашко Е. А.

Научный руководитель: протоиерей Сергей Гордун,
ст. преподаватель С. И. Шатравский

Понимание проблемы бесплодия в разных религиях прямо соотносится с пониманием роли женщины и назначения брака. В ветхозаветные времена бесплодие для женщины считалось позором (*Быт. 16: 1; 30:1 и дал.; 1 Цар. 1:6; Ис. 47:9; 49:21; Лук. 1:25*), т.к. при бесплодии не выполнялось конечное назначение брака — повеление «плодитесь и размножайтесь» (*Быт. 1: 22*), и не реализовывалось назначение женщины, роль которой в ветхозаветном обществе была сосредоточена на заботе о семье и домашнем хозяйстве. Что касается современного иудаизма, то в его традиции рождение детей до сих пор считают необходимым. В древности у евреев, если жена оказывалась бесплодной, существовал особый обычай. Тора описывает нам ситуации, в которых жена сама выбирала рабыню и приводила ее к мужу для зачатия, родившийся ребенок считался же ребенком также и законной жены. В подобных ситуациях рабыня не рассматривалась как «одноразовое средство для рождения ребенка», а становилась также постоянной женой хозяина и принимала участие в жизни ребенка [1]. В более поздние времена взятие в жены рабыни уже не практиковалось, но многоженство продолжало быть выходом в такой ситуации. Также необходимо упомянуть о ветхозаветном законе, по которому, если мужчина умирал, оставив жену без потомства, один из братьев умершего обязан был взять вдову брата себе в «левиратные жены». При этом первый родившийся ребенок считался продолжателем рода умершего. Однако, согласно Ольге Ефимовой, практика левирата была практически прекращена более 2000 лет назад [1].

Таким образом, ввиду невозможности использовать традиционные методы помощи бездетным супругам, многие раввины задаются сегодня вопросом, как помочь таким парам в условиях развития современных медицинских технологий.

В современном мире наиболее распространены следующие методы помощи бездетным супругам: искусственное оплодотворение, суррогатное материнство и усыновление. Искусственное оплодотворение допускается в иудаизме, однако, с ним связан ряд проблем и ограничений. При оплодотворении должна использоваться сперма мужа. При этом взятие спермы не нарушает религиозных законов (не относится к Бытие 38:8–10). Использование спермы донора у большинства современных авторитетов вызывает протест, ввиду того, что это может быть расценено как супружеская измена. Но, даже те авторитеты, с точки зрения которых Тора прямо не запрещает искусственное осеменение от постороннего мужчины, тем не менее, возражают против такой формы зачатия, поскольку со временем это может привести к кровосмешению. Также вызывает ряд вопросов национальная и религиозная принадлежность донора, мнения здесь расходятся ввиду того, что некоторые считают целесообразнее брать донором нееврея, т.к. это снижает вероятность кровосмешения, другие же настаивают на обратном. Многие раввины считают также нравственно недопустимым замораживание семени мужа для использования после его смерти, поскольку это означает

намеренное произведение на свет сирот. Это может быть разрешено, только если мужчина проходит курс лечения, которое может привести к разрушению его спермы [1].

Суррогатное материнство остро обсуждается в современном иудаизме. Ряд авторитетов считают, что в результате подобной практики одни женщины могут захотеть иметь детей без «неудобств» беременности, другие могут сделать беременность доходным бизнесом [3]. Однако, существуют случаи, когда суррогатное материнство разрешается. При этом юридически «матерью» считается та женщина, которая выносила ребенка, а не та, от которой была взята яйцеклетка. Соответственно, национальность ребенка определяется национальностью суррогатной матери [1].

Усыновление. Здесь зачастую преобладает следующее мнение: бездетной паре лучше помочь с помощью искусственного рождения, чем воспитанием чужого ребенка [3].

Итак, перейдем к христианству. В христианстве понимание брака и назначения женщины изменилось существенным образом по сравнению с иудаизмом. Во-первых, в христианстве возникает равнозначная альтернатива браку — безбрачие ради служения Богу. Во-вторых, положение женщины существенно изменяется, она становится активным членом Церкви. В-третьих, христианский брак основывается на строгой моногамии, акцент в нем ставится именно на союзе мужчины и женщины, стремящихся, по словам святителя Иоанна Златоуста, к вечному единению супругов друг с другом во Христе [2].

Исходя из всего вышеперечисленного, бесплодие в христианской традиции позором не считается. Однако, наличие детей остается одной из основных задач брака. И потому, Православие допускает современные средства борьбы с бесплодием, но лишь те, которые не связаны с убийством (разрушением эмбриона) и нарушением целостности брака. **Искусственное оплодотворение** возможно при условии, что донором спермы является муж, и в процессе процедуры не уничтожаются оплодотворенные яйцеклетки. Здесь есть существенное отличие от иудаизма, в котором оплодотворенная яйцеклетка еще не считается человеком и ее уничтожение допустимо [2].

Суррогатное материнство однозначно негативно оценивается в Православии, даже в тех случаях, когда осуществляется на некоммерческой основе. Т. к. эта методика предполагает разрушение глубокой эмоциональной и духовной близости между матерью и младенцем. «Суррогатное материнство» травмирует как вынашивающую женщину, так и дитя, которое впоследствии может испытывать кризис самосознания [2]. **Усыновление** поощряется в христианстве.

В целом, можно сказать, что основными отличиями между иудейской и христианской православной традициями в вопросе отношения к бесплодию является:

- ✓ различный подход к назначению женщины и брака;
- ✓ различный подход к началу человеческой жизни;
- ✓ более лояльное отношение к суррогатному материнству в иудаизме.

Помимо этого, наблюдается некоторое различие религиозных лидеров в целом к поведению супругов при бесплодии. Если раввины часто поощряют супругов продолжать поиски медицинских средств, даже если сами супруги склоняются к тому, чтобы отказаться от таких попыток [3], то православные священники советуют смириться со своим положением и только при убеждении, что наличие детей необходимо данной конкретной паре, искать пути решения проблемы бесплодия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ефимова, О. Иудаизм и этические проблемы медицины / О. Ефимова // [Электронный ресурс] — Режим доступа: <http://www.machanaim.org/tor&life/medetica/efimova.htm>. — Дата доступа: 20.02.2010
2. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.wco.ru/biblio/books/konsep1/Main.htm>. — Дата доступа: 25.02.2010.
3. Форта, А. Иудаизм: знакомство с религиями мира / А. Форта // [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://istok.ru/old/jews-n-world/Forta/Forta_52.shtml. — Дата доступа: 27.02.2010.

УДК 618.291-07

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ И ИСТИННОЙ МАССЫ ПЛОДА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧАСТОТЫ ОШИБКИ

В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМУЛ

Новикова М. И., Богданова Ю. В.

Научный руководитель: к.м.н. О. А. Теслова

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Вычисление предполагаемой массы плода (ПМП) является важным аспектом в выборе метода родоразрешения. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что неонатальная смертность и заболеваемость, интранатальный травматизм зависят от массы новорожденных. Наиболее ценным методом, который дает информацию о ПМП, является ультразвуковая компьютерная фетометрия. Но в акушерских ситуациях временной фактор является определяющим прогноз. Поэтому, предпочтительнее использовать формулы для расчета ПМП, так как они доступны, дешевы, просты и быстры в применении в повседневной работе.

Цель

Провести сравнительную оценку предполагаемой массы плода; определить частоту ошибки при определении предполагаемой массы плода.

Материалы и методы

На базе Гомельской городской клинической больницы № 2 произведено ретроспективное исследование историй родов (638 историй) пациенток, родоразрешенных в 2009 г. Критериями включения в исследования были первые роды, физиологический срок родов, одноплодная беременность, головное предлежание плода, родоразрешение через естественные родовые пути, прибавка веса за беременность 10–15 кг. Критерии исключения — повторные роды, преждевременные и запоздалые роды, неправильные положения и предлежания плода, наличие экстрагенитальной эндокринно-обменной патологии (ожирение, сахарный диабет), осложненное течение беременности (маловодие, многоводие, многоплодие, задержка развития плода, внутриутробное инфицирование плода). Таким образом, в исследование было включено 100 пациенток. Предполагаемая масса плода (ПМП) рассчитывалась по формулам:

1. Жордания: $\text{ПМП} = \text{ОЖ} \times \text{ВДМ}$;
2. Ланковица: $\text{ПМП} = (\text{ОЖ} + \text{ВДМ} + \text{Р} + \text{М}) \times 10$;
3. Джонсона: $\text{ПМП} = (\text{ВДМ} - 11) \times 155$;
4. Стройковой: $\text{ПМП} = ((\text{М}/\text{К}) + (\text{ОЖ} \times \text{ВДМ})) \times 2$;
5. Якубовой: $\text{ПМП} = (\text{ОЖ} + \text{ВДМ}) / 4 \times 100$.

Примечания: ОЖ — окружность живота в см; ВДМ — высота стояния дна матки в см; М — масса в кг; Р — рост в см. Данные обрабатывались с помощью пакета программ «Statistica» 6.0.

Результаты исследования

Средняя истинного веса новорожденных составила 3364 ± 328 г. Средняя предполагаемая масса плода по Жордания составила 3381 ± 328 г, по Ланковицу — 3680 ± 142 г, по Джонсону — 3704 ± 391 г, по Якубовой — 3288 ± 143 г, по Стройковой — 3442 ± 223 г. При сравнении расчетных значений ПМП с истинным весом установлены статистически значимые различия для формулы Ланковица ($t = 8,84, p = 0,0000001$), Джонсона ($t = 6,65, p = 0,0000001$) и Якубовой ($t = 2,14, p = 0,033$). Истинный вес был сравним с ПМП, полученной при использовании формулы Жордания ($t = 0,39, p = 0,7$) и Стройковой ($t = 1,96, p = 0,052$). Таким образом, что средняя предполагаемая масса тела по Жордания на 0,5 % больше истинной, по Ланковицу — больше на 9,4%, по Джонсону — больше на 10%, по Якубовой — меньше на 2,3 %, по Стройковой — больше на 2,3 %. Таким образом, по формулам Ланковица и Джонсона происходит некоторое завышение ПМП по сравне-

нию с истинной массой, а по формуле Якубовой происходит занижение ПМП.

Наибольшую силу связи с истинным весом новорожденных демонстрировали ПМП, вычисленные по формулам Стройковой ($r = 0,46$, $p \leq 0,00001$) и Жордания ($r = 0,43$, $p \leq 0,00001$), на порядок меньше были взаимосвязаны ПМП по Якубовой ($r = 0,4$, $p \leq 0,0001$) и Джонсону ($r = 0,37$, $p \leq 0,0001$). Самая слабая взаимосвязь наблюдалась между истинным весом и ПМП по Ланковицу ($r = 0,28$, $p = 0,005$). Частоты ошибок при определении предполагаемой массы плода в зависимости от использования различных формул приведены в таблице 1.

Так же было определено время, потраченное на вычисление ПМП по различным формулам. При подсчете по Жордания было потрачено 4 с, по Ланковицу — 11 с, по Джонсону — 7 с, по Якубовой — 6 с, а по Стройковой — 22 с.

Таблица 1 — Частота ошибок при определении предполагаемой массы плода

Ошибка веса	Частота ошибки при использовании формул (p, %):				
	Жордания	Ланковица	Джонсона	Стройковой	Якубовой
± 200 г	47	20	22	83	67
$\pm 201-500$ г	44	69	39	17	28
$\pm 501-1000$ г	9	11	37	0	5
>1000 г	0	0	5	0	0

Выводы

Самым точным методом определения предполагаемой массы плода является использование формулы Стройковой, так как его результаты не отличаются ($t = 1,96$, $p = 0,052$) и наиболее тесно взаимосвязаны с истинной массой новорожденного ($r = 0,46$, $p \leq 0,00001$), и дает наибольший процент минимальной ошибки до 200 г (83 %). Но использование его в практическом акушерстве ограничено из-за больших затрат времени (22 с) на расчет одной ПМП и сложности формулы. Использование формулы Жордания дает наименьшую девиацию среднего от истинного значения веса новорожденного ($t = 0,39$, $p = 0,7$). Расчет одной ПМП по формуле Жордания занимает наименьшее количество времени (4 с), простая для вычисления. Но вместе с тем возрастает процент ошибки до 200 г (47 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Чернуха, Е. А. Родовой блок: рук-во для врачей / Е. А. Чернуха. — 3-е изд. перераб., испр. и доп. — М.: Триада М, 2001. — 533 с.
2. Воронин, К. В. Акушерское обследование / К. В. Воронин, В. А. Потапов, А. Н. Правосудович. — 2-е изд. — М.: МЕД-пресс-информ, 2002. — 144 с.

УДК 616-002.3:616.94]:611.018.53

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МОДИФИЦИРОВАННЫХ АУТОЛЕЙКОЦИТОВ ПРИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Новикова О. В., Головки Е. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. П. Булавкин

Учреждение образования

«Витебский государственный медицинский университет»

г. Витебск, Республика Беларусь

В настоящее время установлена ведущая роль нарушений иммунной системы в развитии и поддержании гнойно-септических процессов [1]. Поэтому в комплексной терапии этих заболеваний используют иммуностропные препараты. В то же время в связи с гетерогенностью популяций иммунокомпетентных клеток по степени дифференцировки и состоянию активации, такая терапия часто оказывается неэффективной. Дополнительным препятствием эффективного действия иммуномодуляторов могут быть продукты метаболизма, в большом количестве накапливающиеся в организме в состоянии интоксикации. Применение аутологических иммунокомпетентных клеток, прошедших «экстракорпоральное программирование» иммуномодуляторами, позволяет преодолеть эти недостатки [2]. Однако, для широкого внедрения в практическую медицину

требуется изучение особенностей терапевтического действия данного способа иммунотерапии при различных иммунопатологических синдромах.

Цель работы

Оценить клинико-иммунологическую эффективность применения аутолейкоцитов, модифицированных тималином, у больных сепсисом.

Под наблюдением находились 20 больных с тяжелым сепсисом (от 16 до 44 лет, женщин — 8, мужчин — 12), причинами развития которого были острые хирургические заболевания (гнойно-некротическое поражение мягких тканей, остеомиелит, перитонит). Всем больным после радикального хирургического вмешательства дополнительно к общепринятому лечению была назначена иммунокоррекция тималином. При этом часть больных (9 человек — 1 группа) получали тималин внутримышечно по 10 мг в день в течение 10 дней. Другим больным (11 человек — 2 группа) проводили «экстракорпоральное программирование» лейкоцитов тималином. Для этого в асептических условиях выделяли лейкоциты из цельной крови, отмывали центрифугированием, готовили лейкосуспензию в 250–300 мл физиологического раствора (концентрация лейкоцитов — $2-3,5 \times 10^9/\text{л}$). К полученной взвеси добавляли тималин (0,1 мг препарата на 1 мл лейкоцитарной суспензии), инкубировали 30 минут при 37 °С, после чего лейкозвесь трижды отмывали физиологическим раствором и возвращали в кровеносное русло больного (внутривенно капельно со скоростью 60–80 капель в минуту). Курс лечения состоял из 3 процедур через день. Обе группы были сопоставимы по основным клиническим показателям. На момент начала исследования отмечено снижение лейкоцитов, лимфоцитов, моноцитов, эритроцитов, гемоглобина, гематокрита, гематокритного индекса, гематокритного коэффициента, гематокритного индекса, гематокритного коэффициента, гематокритного индекса, гематокритного коэффициента. В динамике лечения по общепринятым тестам — оценка субпопуляционного состава лимфоцитов, микробицидной активности нейтрофилов, содержание ЦИК и молекул средней массы в сыворотке. Результаты обрабатывали методами непараметрической статистики. При экстракорпоральном применении тималина уже после первой процедуры получен выраженный эффект в отношении всех симптомов заболевания. Наблюдалось снижение температурной реакции, проявлений интоксикации, уменьшение гнойной экссудации, снижение перифокального воспаления, инфильтрации и ограничение распространенности процесса. Максимальная выраженность эффекта наблюдалась после третьей процедуры. К этому времени у 9 (81 %) больных отмечено полное купирование всех симптомов патологического процесса. Одновременно происходила нормализация показателей активности воспалительного процесса. При обычном методе применения тималина значимый лечебный эффект наблюдался лишь к концу лечения, однако только у 5 больных из 9 (55 %) отмечалась выраженная динамика иммунологических показателей. Если до лечения у всех больных наблюдался комбинированный иммунодефицит, то у больных 2 группы уже на 3 день от начала лечения отмечено значимое снижение показателей интоксикации ($P < 0,02$), базального уровня стимуляции нейтрофилов ($P < 0,02$), концентрации ЦИК ($P < 0,02$), увеличение уровня CD4^+ -лимфоцитов ($P < 0,05$). На момент завершения лечения отмечалась полная нормализация иммунологических показателей. У больных, получивших тималин по стандартной методике, сохранились признаки раздражения системы иммунитета: повышенное содержание активированных Т-клеток, сниженный функциональный резерв макрофагов, увеличенное количество ЦИК в сыворотке крови. Применение аутолейкоцитов, обработанных тималином, позволило добиться более выраженного клинико-иммунологического эффекта, причем в кратчайшие сроки. В результате длительность пребывания больных в стационаре сократилась на 9 ± 3 дня по сравнению с больными контрольной группы, получившими традиционную терапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клиническая оценка параметров иммунитета у хирургических больных с синдромом системного воспалительного ответа / М. М. Абакумов [и др.] // Хирургия. — 2007. — № 8. — С. 24–28.
2. Новикова, И. А. Клинико-иммунологические аспекты адоптивной терапии / И. А. Новикова // Вестник ВГМУ. — 2002. — № 2. — С. 80–87.

**ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО
ПАНКРЕАТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ РАЗРАБОТАННЫХ АЛГОРИТМОВ**

Обуховская Н. С., Михович Т. И.

Научный руководитель: д.м.н., профессор К. Н. Жандаров

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Острый деструктивный панкреатит является одной из наиболее сложных медико-социальных проблем. Значимость этой проблемы обусловлена возрастающим уровнем заболеваемости, увеличением доли наиболее опасных деструктивных форм заболевания и связанных с ним высоким показателем летальности. Наиболее сложными задачами являются определение степени деструкции поджелудочной железы и выбор оптимальной тактики лечения. Трудность прогнозирования течения заболевания, развития гнойно-некротических осложнений обуславливает необходимость совершенствования лечебно-диагностического алгоритма.

Цель работы

Определить эффективность лечения острого деструктивного панкреатита и его осложнений с применением разработанных алгоритмов диагностики и лечения в Гродненской области.

Материалы и методы

С 2002 по 2009 гг. в хирургическом отделении ГОКБ находились на лечении 206 пациентов с острым деструктивным панкреатитом и его осложнениями. Все пациенты были разделены на 3 основные группы по клинико-диагностическим критериям. Клинико-диагностический алгоритм: клинические, лабораторные и инструментальные методы, ультрасонография, КТ, МРТ в динамике. Ведущую роль в диагностике тяжелого панкреатита и панкреатической инфекции играет МРТ, которая позволяет определить зоны поражения и дает возможность вычислять площадь поражения в мм² поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки. В I группу вошли пациенты с легкой формой течения заболевания (44 больных), во II группу — со средней степенью тяжести (86 больных), в III группу — с тяжелой формой острого панкреатита (76 больных). Применение клинικο-томографических алгоритмов диагностики ОДП и его осложнений позволяет адекватно оценить размер поражения патологическим процессом, определить форму течения и спрогнозировать результат лечения больного острого деструктивного панкреатита. Выработана и применена при лечении больных тактика с отсроченным оперативным лечением, при отсутствии экстренных показаний для открытых оперативных вмешательств. Алгоритм лечения: больные с легкой формой течения острого панкреатита подлежали консервативному лечению в объеме базисной терапии (4–7 дней) в хирургическом отделении ЛПУ области. При неэффективности в течение 6 часов — перевод в реанимацию ЛПУ и проведение еще и специализированной терапии, при неэффективности в течение 12 часов — перевод в специализированное хирургическое отделение ГОКБ. Консервативная терапия не исключает применения малоинвазивной и эндоскопической хирургии. Больные в среднем-тяжелом состоянии поступали в отделение реанимации ЛПУ области с проведением интенсивной консервативной терапии (базисная + специализированная). При неэффективности в течение 6 часов — перевод в реанимацию ГОКБ. При неэффективности консервативной терапии, нарастании симптомов интоксикации, появлении клинических признаков инфицирования некрозов брюшинной клетчатки, необходимо переходить к хирургическому лечению, начиная с методов малоинвазивной и эндоскопической хирургии, а при неэффективности — применение лапаротомии. Больные с тяжелой формой поступали в реанимацию ЛПУ области и получали интенсивную консервативную терапию (базисная + специа-

лизированная) на протяжении 6 часов. За это время больные переводятся в реанимацию ГОКБ для оказания специализированной помощи. Необходимо продолжать консервативную терапию (базисная + специализированная) по возможности более длительно для ограничения патологического процесса и использования затем малоинвазивных и эндоскопических методов лечения. При признаках инфицирования, обширных некрозов — лапаротомия. В послеоперационном периоде независимо от способа хирургического лечения продолжали лечение в объеме базисная+специализированная терапия.

Выводы

Клинико-томографические алгоритмы диагностики позволяют определить размер поражения, форму течения, спрогнозировать результат лечения. Разработанные алгоритмы тактики и лечения позволили планомерно снизить общую летальность с 58,3 до 10,8 % и послеоперационную летальность — с 50 до 12,6 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лечение острого панкреатита на ранней стадии заболевания / С. Ф. Багненко [и др.]. — СПб., 2002. — 23 с.
2. Острый панкреатит: клиника, диагностика, программа комплексного лечения / Е. М. Кон [и др.]. — Пермь, 2001.
3. Комплексное лечение панкреонекроза / В. С. Савельев [и др.]. // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2000. — Т. 5, № 2. — С. 67–71.

УДК: 616.14-002-089

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПОДКОЖНОГО ТРОМБОЗА

Обуховская Н. С.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент В. П. Василевский

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Проблема лечения острых тромбозов подкожных вен нижних конечностей, по-прежнему, остается актуальной, поскольку существует мультиполярность взглядов на некоторые тактические вопросы, эффективность и опасность активной хирургической тактики при данном заболевании с одновременным отсутствием унифицированного подхода к его комплексной терапии.

Цель исследования

Определить эффективность различных оперативных способов в устранении острого флеботромбоза поверхностных вен, усовершенствовать стратегию хирургического лечения.

Материалы и методы

За последние 3 года в ГУ «1134 ВМЦ ВС РБ» оперированы 27 больных варикозной болезнью нижних конечностей, осложненной острым тромбофлебитом подкожных вен. Во всех случаях острый тромбофлебит явился осложнением варикозной болезни. Обследование больных осуществлялось комплексно. В зависимости от подходов в лечении больные распределились на две группы. 16 пациентам общепризнанная флебэктомия (кроссэктомия с коротким стриппингом и иссечением тромбированных подкожных венозных структур из отдельных фокусных разрезов или тоннельным способом) была выполнена через 4–6 недель от момента заболевания после полного купирования воспалительного процесса. Другим 11 больным осуществлено радикальное лечение в один этап. На высоте купируемого воспалительного процесса (5–10 суток госпитализации) выполняли кроссэктомию с комбинированной флебэктомией, иссечение конгломерата тромбированных вен единым блоком с окружающей подкожной жировой клетчаткой. Сразу после поступления в стационар больным назначалось общее и местное комплексное лечение, включающее дезагреганты, антибактериальные и антикоагулянтные препараты, венотоники, внешняя эластическая компрессия нижних конечностей. Интраоперационных осложнений и летальных исходов у прооперированных больных не отмечалось. У всех больных достигнуто клиническое выздоровление. Признаки вос-

паления исчезали на 2–3 сутки после операции у пациентов второй группы. В подавляющем большинстве клинических наблюдений раны зажили первичным натяжением. Швы больным снимались на 10 сутки. Основополагающими факторами в избрании тактики и интенсивности терапии у оперированных пациентов являлись локализация тромбоза и степень клинических проявлений. В раннем послеоперационном периоде продолжалось комплексное медикаментозное лечение (антибактериальная и антикоагулянтная терапия, дезагреганты, венотоники, эластическая компрессия нижних конечностей, физиотерапевтическое лечение, ЛФК). Осуществление комплексной предоперационной подготовки и послеоперационной терапии у больных с острым тромбофлебитом подкожных вен нижних конечностей, наряду с адекватно выполненным одномоментным хирургическим вмешательством с учетом характера распространения процесса по подкожным венам, позволяет избежать неблагоприятных исходов операций.

Выводы

1. Острый венозный подкожный тромбоз нижних конечностей требует соблюдения активной хирургической тактики, направленной на предупреждение распространения тромбоза на глубокие вены, быстрое купирование воспалительных явлений, исключение рецидива патологии и радикальную адекватную реабилитацию военных кадров. Применение кроссэктомии в сочетании с одномоментным удалением ствола и притоков БПВ, одновременное иссечение конгломерата варикозных тромбированных узлов единым блоком на высоте купируемого воспалительного процесса дает хороший лечебный эффект, радикально улучшает состояние пациентов.

3. Определенная тактика и объем оперативного вмешательства являются оптимальными и оправданными, так как при таком варианте хирургического лечения отпадает необходимость второго этапа лечения — повторной госпитализации и ликвидации оставшейся патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сидорина, Ф. Н. Тромбофлебиты конечностей / Ф. Н. Сидорина. — М.: Медицина, 1967. — 215 с.
2. Суховатых, Б. С. Склерохирургическое лечение острого тромбофлебита поверхностных вен / Б. С. Суховатых // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2006. — № 1. — С. 81–85.
3. Яблоков, Е. Г. Хроническая венозная недостаточность / Е. Г. Яблоков, А. И. Кириенко, В. Ю. Богачев. — М.: Берг, 1999. — 128 с.
4. Савельев, В. С. Флебология: рук-во для врачей / В. С. Савельев. — М.: Медицина, 2001. — 664 с.

УДК 614.2(485)

СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ШВЕЦИИ

Ордонез-Кастело Сандра

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. С. Угольник

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Медицинское обслуживание в Швеции, одинаково доступно всему населению. Система шведского здравоохранения финансируется из общественных средств и характеризуется высокой степенью централизации. Ответственными за финансирование и предоставление медицинского обслуживания являются ландстинги и, в некоторых районах, муниципалитеты. По сравнению с другими странами того же уровня развития, шведская система здравоохранения весьма эффективна — она дает хорошие результаты при умеренных капиталовложениях и контролируемых расходах.

Население Швеции составляет около 9 млн. человек. Средняя продолжительность жизни для мужчин составляет 78,4 года, для женщин — 84 года.

В Швеции самый высокий процент престарелых людей в Европе: около 5 % населения Швеции — люди в возрасте 80 лет и старше.

Наибольшую проблему для Швеции представляют сердечно-сосудистые заболевания, которые составляют в структуре общей смертности 49 % [1, 2]. Причиной 23 % смертей являются злокачественные новообразования [1, 2]. Положительным фактором здоровья населения является снижение числа курящих людей: почти 85 % населения Швеции не курят. Шведы в последние годы стали меньше употреблять: крепких алкогольных напитков, заменяя их легким вином; пищи с высоким содержанием жиров и начали больше уделять внимания физическим упражнениям.

Младенческая смертность в стране находится на самом низком в мире уровне — около 3,5 случаев на тысячу родившихся живыми в течение первого года жизни. Показатель детской смертности (1–17 лет) также является самым низким в мире.

Расходы Швеции на здравоохранение составляют 9 % валового национального продукта. Основой финансирования здравоохранения являются налоги. Медицинские услуги на 98 % покрываются государственным медицинским страхованием. Шведское здравоохранение строится на централизации ответственности. Около 25 % поликлиник — частные. Большинство больниц в Швеции — государственные. Иногда больницы могут переходить в частную собственность, но компания, которой передается больница, не может владеть ею исключительно в целях получения прибыли. Пациенты могут свободно выбирать, где они желают лечиться. В Швеции у каждого пациента есть идентификационный номер, который он получает при рождении. Номер действителен для всех служб при предъявлении какого-либо документа. Наличие идентификационного номера позволило ввести электронное здравоохранение (eHealth). Электронные истории болезни (ЭИБ) в Швеции используют, практически, на 100 % скорая помощь и стоматология, а госпитали Швеции имеют 80 % национальная база по лекарственным препаратам, в которой врачи, сотрудники аптек и пациенты могут найти информацию по имеющимся лекарствам. Уже сейчас порядка 70–80 % всех рецептов в стране выписывается в электронном виде. На национальном уровне внедряется система поддержки выбора оптимального препарата в зависимости от возраста, показаний по взаимодействию лекарств и других параметров. Одна из важных подсистем, которая уже разрабатывается в рамках национальной стратегии — это система информирования пациентов по телефону и Интернету о том, где находятся ближайшие больницы и пункты медицинской помощи, каково время ожидания в них и т. д. Данная система создается как на локальном, так и на федеральном уровнях. В стране также проектируются и внедряются персонифицированные электронные сервисы для пациентов, посредством которых можно записаться на прием к врачу, посмотреть свою историю болезни, переписываться с семейным врачом и т. п. В настоящее время используется система единой консультативной медицинской помощи: бесплатный звонок на единый национальный номер позволяет связаться с врачом. Электронное здравоохранение в Швеции является безопасным, базируется на уважении к пациенту, которому предоставляется свобода выбора врача, информация по доступности и качеству лечения, что достигается за счет обязательного государственного медицинского страхования и эффективного использования информационных технологий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственный институт народного здравоохранения [Электронный ресурс] / Нац. центр правовой информ. Швеции. — Стокгольм, 2010. — Режим доступа <http://www.vhi.se>. — Дата доступа: 27.03.2010.
2. Ассоциация муниципалитетов и ландстингов Швеции [Электронный ресурс] / Нац. центр правовой информ. Швеции. — Стокгольм, 2010. — Режим доступа <http://www.sk1.se>. — Дата доступа: 27.03.2010.

ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ 5-ОКСИТРИПТОФАНА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Орловец А. И., Седас М. С., Буксанов М. В.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент М. И. Милешко

Учреждение образования

**«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь**

В формировании расстройств гемодинамики панкреатодуоденальной зоны важную роль играют аминергические процессы [1, 2]. В связи с этим, нами проведено исследование спектра биогенных аминов их предшественников и метаболитов у больных с хроническим панкреатитом.

Обследовано 35 больных хроническим панкреатитом, осложнившимся механической желтухой, находившихся на лечении в 1-м хирургическом отделении 4-й городской клинической больницы г. Гродно. Возраст больных был от 20 до 87 лет. Мужчин было 16, женщин — 19. Контрольной группой служили 31 практически здоровый человек (мужчин — 14, женщин — 17).

Кровь забиралась в гепаринизированные пробирки, плазму получали центрифугированием на холоду при 3000 об/мин в течение 15 мин и отбирали аспирацией, слой плазмы 5 мм над эритроцитами не использовали. Пробы желчи и плазмы крови обрабатывали равным объемом 1 М хлорной кислоты, содержащей 10 мкМ ванилиновой кислоты (внутренний стандарт), 50 мг/л метабисульфита натрия в качестве антиоксиданта и 25 мг/л ЭДТА. Пробы центрифугировали 10 мин при 10000 g, супернатанты немедленно отделяли отсасыванием и хранили при -18 °С до анализа. Перед проведением анализа пробы повторно центрифугировали. Определение уровней биогенных аминов, проводили методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ) при поступлении в стационар у всех больных хроническим панкреатитом отмечалось снижение уровня триптофана (в 1,67 раза) и повышение — 5-окситриптофана (в 4,18 раза) в плазме крови. Учитывая, что первый этап синтеза серотонина — гидроксилирование триптофана — является скоростью-лимитирующим, в то время как образующийся 5-окситриптофан весьма активно декарбоксилируется, можно предположить, что у больных хроническим панкреатитом ключевая реакция синтеза серотонина протекает более активно, чем в норме, в то время как имеет место ингибирование декарбоксилирования ароматических L-аминокислот.

Вывод

Исследование уровня предшественников биогенных аминов, а именно 5-окситриптофана является достоверным диагностическим критерием хронического панкреатита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Козырев, М. А. Заболевания печени и желчных путей / М. А. Козырев. — Мн., 2002. — 247 с.
2. Bargsten, G. Serotonin storage and chromogranins: an experimental study in rat gastric endocrine cells / G. Bargsten, D. Grube // J. Histochem. Cytochem. — 1992. — Vol. 40. — № 8. — P. 1147–1155.

УДК 617-089: 616.13-089: 616.136

БРЮШНАЯ АОРТА КРОЛИКА КАК МОДЕЛЬ ДЛЯ ВНУТРИСОСУДИСТЫХ ИМПЛАНТАТОВ

Остапенко Р. О.

Научный руководитель: зам. главврача по хирургической части В. В. Лавочкин

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Учреждение
«Гомельский областной клинический кардиологический диспансер»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время все более широкое применение в клинической медицине находят такие полимерные материалы, как политетрафторэтилен, полиуретан, дакрон и др., обладающие низкими иммуногенными, тромбогенными и пирогенными свойствами. В русскоязычной литературе существует недостаточное количество информации об экспериментальных моделях для использования внутрисосудистых имплантатов с применением вышеуказанных материалов.

Серия хронических экспериментов, проведенных на брюшной аорте кроликов, позволяет сделать вывод, что последние при адекватном выполнении оперативного вмешательства, послеоперационном ведении и выхаживании представляют собой адекватную биологическую модель для внутрисосудистых имплантаций.

Цель исследования

Заключается в оценке использования брюшной аорты кролика в качестве модели для внутрисосудистых имплантатов и определения влияния полимерного материала на сосудистую стенку и процессы внутрисосудистого тромбообразования.

Материалы и методы

За период с января 2009 по март 2009 гг. была проведена серия хронических экспериментов на 7 самцах кроликов породы Шиншилла, белого окраса, массой тела от 3200 до 3500 г.

В условиях операционной под внутривенной анестезией производилось выбривание до эпидермиса брюшной области. С применением инфильтрационной анестезии 0,25 % раствором новокаина производилась срединная лапаротомия, вскрывался париетальный листок брюшины. На участке до 2 см выделялся брюшной отдел аорты ниже почечных сосудов. Производилось поперечное пережатие брюшной аорты в инфраренальном отделе с помощью сосудистых зажимов Де-Бейки и поперечная аортотомия. В брюшную аорту пристеночно имплантировался полимерный материал из стерильного политетрафторэтилена 2×2 мм, фиксировался нитью 6–0. Поперечное ушивание брюшной аорты производилось нитью 7–0. Восстанавливался магистральный кровоток. Осуществлялся гемостаз, контроль инородных тел в брюшной полости. Накладывались редкие швы на париетальную брюшину. Лапаротомная рана ушивалась послойно с наложением асептической повязки. Дважды в день производилась обработка послеоперационной раны раствором бетадина. Заживление протекало без нагноений, полное заживление лапаротомной раны происходило на 5–7 сутки. В послеоперационном периоде проводилось наблюдение за поведением животных, оценивалась компенсация кровообращения в нижних конечностях.

Результаты

Все экспериментальные животные выжили. Период наблюдения составил 3 месяца. В первые 6 часов после операции отмечалась постнаркозная депрессия ЦНС у всех животных: адинамия, атаксия; развился послеоперационный парез кишечника. Спустя 15 часов после операции появился аппетит у всех кроликов; аускультативно определялась перистальтика кишечника. Восстановление акта дефекации произошло через 18 часов у 2 кроликов, у других 3-х спустя — 24 часа и у оставшихся 2-х через 26 часов после операции. К концу первых суток 5 кроликов из 7 встали на лапы; к началу 3 суток после операции все кролики активно передвигались по клетке. Задние конечности кроликов после операции теплые на ощупь, кожный покров бледно-розовый, восстановление капиллярного кровотока в коже после компрессии происходит за 3–5 с. В послеоперационном периоде ишемиче-

ская контрактура мышц задних конечностей не развилась. В отдаленном послеоперационном периоде (30 сут. — 3 мес) отсутствовала ишемическая атрофия мышц задних конечностей, не отмечалось дистрофических изменений в коже — сухости, шелушения, истончения, трофических язв и выпадения шерсти. Все животные вели активный образ жизни.

Выводы

В ходе проведенных экспериментальных исследований установлено, что кролики хорошо переносят внутривенную анестезию, в раннем послеоперационном периоде происходит восстановление их нормальных физиологических процессов. Брюшная аорта кролика в инфраренальном отделе доступна для хирургических манипуляций с применением микрососудистой техники. При адекватном оперативном вмешательстве декомпенсации кровообращения в задних конечностях не наступает. Брюшная аорта кролика массой тела от 3200 до 3500 г. может быть использована в качестве биологической модели для внутрисосудистых имплантатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Большой практикум по физиологии человека и животных / под ред. проф. Б. А. Кудряшова. — М.: Высш. шк., 1984. — С. 369–394.
2. Гришин, И. Н., Савченко А. Н. // Клиническая ангиология и кардиохирургия. — 1980. — Т. 1.
3. Западнюк, И. П. Лабораторные животные. Разведение, содержание, использование в эксперименте / И. П. Западнюк. — Киев: Высш. шк., 1974. — 303 с.

УДК 613.84: 616-084

ЭФФЕКТИВНАЯ ПРОФИЛАКТИКА КУРЕНИЯ: ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ПРИЧИНЫ КУРЕНИЯ, ПРИМЕНЕНИЕ МОТИВАЦИЙ ОТКАЗА ОТ НЕГО

Острикова А. В., Гусева А. А.

Научный руководитель к.м.н. доцент В. Н. Бортновский

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Употребление табака — единственная реально устранимая причина смерти во всем мире, по которой гибнет примерно половина всех лиц, курящих в течение длительного времени. Это единственный легально продаваемый потребительский товар, который убивает, если его потреблять именно так, как предусмотрено производителем. Пассивное курение наносит вред каждому, кто подвергается его воздействию. Распространенность табакокурения в Беларуси находится на достаточно высоком уровне: ежегодно от болезней, причинно связанных с курением, умирают 15,5 тыс. жителей республики [2].

Цель исследования

Изучение причин курения и мотиваций отказа от него для эффективного использования в профилактической работе и выяснение отношения населения к некоторым формам гигиенического воспитания и образам, используемым в социальной рекламе.

Методы

Анкетирование, статистические методы. Для выяснения поставленных задач была разработана анкета из 5 вопросов в трех вариантах: для курящих, некурящих и бросивших курить.

Результаты исследований

В качестве объекта исследования были выбраны люди в возрасте от 16 до 60 лет. Выборка (случайная) была разбита на три категории: курящие, не курящие и бросившие курить. На вопрос «я начал(а) курить»: среди курящих, большинство респондентов, 40 % предложили вариант ответа «из-за нервного напряжения и необходимости расслабиться». Среди бросивших курить: 32 % — «под влиянием навязчивой рекламы сигарет». На вопрос «у меня есть определенная причина, по которой я не курю», который

задавался среди некурящих, респонденты отвечали так: 24% — «я берегу свое здоровье».

Среди группы курящих задавался вопрос «Я брошу курить», на который были получены следующие ответы: 36 % — «если исчезнет стрессовая ситуация (смену работу, решу личные проблемы)».

Среди группы некурящих задавался вопрос «возможно, я курил(а) если бы», на который получены следующие ответы: 36 % — «никогда».

Среди группы бросивших курить задавался вопрос «я бросил(а) курить потому что», на который были получены следующие ответы: 36 % — «я решил свои личные проблемы и разобрался со стрессовыми ситуациями».

На вопрос «если мне будут рассказывать о вреде курения, я скорее поверю»: Среди курящих: 20 % — «производителю сигарет», 20 % — «близкому или знакомому человеку». Среди некурящих: 28 % выбрали вариант ответа «врачу», 28 % — «известному человеку». Среди бросивших курить: 24 % — «близкому или знакомому человеку». На вопрос «если мне будут рассказывать о вреде курения, я никогда не поверю»: Среди курящих: 36 % выбрали вариант ответа «врачу». Среди некурящих: 32 % — «производителю сигарет». Среди бросивших курить: 40 % — «человеку, который курит».

На вопрос «если я посмотрю социальную рекламу о вреде курения, скорее всего, меня впечатлит»: Среди курящих: 48 % — «образы детей и близких, страдающих от жизни с курящим человеком». Среди некурящих: 40 % — «демонстрация разрушительного действия курения на здоровье». Среди бросивших курить: 28 % — «статистические данные (цифры) указывающие на высокую распространенность курения, заболеваемость, смертность».

Выводы
Наиболее значимыми причинами, способствующими распространению курения, являются нервное напряжение, влияние курящего окружения, навязчивая реклама сигарет. Факторами, предохраняющими людей от курения, являются забота о своем здоровье, забота о здоровье семьи и близких. Среди курящих и бросивших курить «образом доверия» является «близкий или знакомый человек», среди некурящих «образом доверия» является «врач» и «известный человек». «Образом неприятия» для курильщиков является «врач», а у некурящих и бросивших курить «образом неприятия» является «человек, который курит». Демонстрация разрушительного действия курения на здоровье оказывает высокое влияние на некурящих людей. Наиболее сильное впечатление производят «образы детей и близких, страдающих от жизни с курящим человеком». Перегруженность статистикой значительно снижает воспринимаемость и интересность различных форм гигиенического обучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии. — ВОЗ, 2008. — 38 с.
2. Материалы сайта Республиканского центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья — <http://www.rcheph.by/>.

УДК 616–001.5–07(476-25):656.186

АНАЛИЗ СОВРЕМЕННОЙ МОТОЦИКЛЕТНОЙ ТРАВМЫ

Палий М. Н.

Научный руководитель: М. В. Самойлович

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Транспортный травматизм в структуре механической травмы занимает ведущее место, значительная доля которого приходится на мотоциклетный травматизм. В связи с неустойчивостью мотоцикла, незащищенностью водителя и пассажиров он относится к одному из самых травмоопасных видов транспорта.

Мотоциклетной травме посвящен ряд исследований, однако, из-за их давности и постоянно меняющегося мотопарка тема мотоциклетного травматизма остается актуальной и требует дальнейшего исследования.

В последнее время в нашей стране стали популярны мотоциклы модели «скутер», или мотороллер. От обычных мотоциклов скутеры отличаются тем, что двигатель расположен сзади под сиденьем, чаще всего, имеет меньший объем и мощность, сам мотоцикл имеет меньшую массу и водителю скутера для того, чтобы сесть на него не нужно перелезать через раму. Дешевизна, простота управления и эксплуатации, а также, в большинстве своем, отсутствие необходимости в регистрации транспортного средства помогли скутеру получить широкое распространение по всему миру.

В настоящий момент скутерный травматизм рассматривается в контексте мотоциклетной травмы. Однако, поза водителя скутера и мотоцикла, а также различная масса транспортных средств предполагает некоторые отличия в повреждениях.

Целью нашего исследования является анализ скутерной травмы, а также современное состояние мотоциклетной травмы.

Материалы и методы

Были изучены заключения медицинских судебных экспертов отделов общих экспертиз 1, 2 и 3 г. Минска Главного управления государственной службы медицинских судебных экспертиз по г. Минску и Минской области за 2006–2009 гг.

За указанный период в г. Минске было проведено 76 судебно-медицинских экспертиз трупов и живых лиц 74 погибших и потерпевших в ДТП с участием мотоцикла человек (9 трупов и 65 потерпевших). Из них водителей мотоциклов — 41 человек (6 трупов и 35 живых лиц), водителей скутеров — 14 человек (1 труп и 13 потерпевших), пассажиров заднего сиденья мотоцикла — 13 человек (2 трупа и 11 живых лиц), пассажиров заднего сиденья скутера — 3 человек (все живые лица), пассажиров коляски — 1 человек (живое лицо), пострадавших при наезде мотоциклов — 2 человека (живые лица). Мотоциклетный травматизм имеет выраженный сезонный характер — 70 человек погибли и получили травмы в период со второй половины апреля по первую половину октября. Среди мотоциклистов и пассажиров преобладают молодые люди (77,46 % в возрасте от 16 до 29 лет). Чаще всего, телесные повреждения водителей и пассажиров скутеров и мотоциклов возникали при боковом столкновении мотоциклов с транспортным средством, при лобовом столкновении с транспортным средством и при падении с движущегося мотоцикла (в том числе экстренное торможение, наезд на бордюр, наезд на дефекты дорожного покрытия). В состоянии алкогольного опьянения находились 4 водителя мотоциклов. Определить особенности скутерной травмы в данном исследовании не представляется возможным из-за нерепрезентативной выборки случаев скутерной травмы. Расширив выборку, мы продолжим наше исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Артюшкевич, В. С. Мотоциклетный травматизм в структуре транспортной травмы / В. С. Артюшкевич, Р. Р. Давыдов, А. К. Межуев // Вопросы криминологии, криминалистики и судебной экспертизы: сб. науч. тр. — Мн., 2004. — Вып. 17. — С. 273–275.
2. Пермяков, А. В. Мотоциклетный травматизм в судебно-медицинском отношении / А. В. Пермяков. — Ижевск, 1969.
3. Тагаев, Н. Н. Судебно-медицинская оценка повреждений для установления механизма смертельной мотоциклетной травмы: автореф дис. ... канд. мед. наук / Н. Н. Тагаев. — Киев, 1982.
4. Хохлов, В. В. Судебная медицина: рук-во / В. В. Хохлов, Л. Е. Кузнецов. — Смоленск, 1998. — С. 880.

УДК 616.212-002-039

ЗАПАЛЕННЯ ОБ'ЄМУ В РЕКОНСТРУКЦІ ЗОВНІШНЬОГО НОСА

Паскевич Ю. В.

Науковий керівник: д.м.н., професор В. В. Храпач

«Національний медичний університет імені О. О. Богомольця»

м. Київ, Україна

Реконструкція травматичних дефектів є одним з найбільш складних розділів сучасної реконструктивної хірургії. При використанні пластики дефектів носа у 50–65 % випадків є можливість провести реплантацію (повернення) відторгнутих травмованих тканин. Однак, за даними різних авторів, успіх приживлення реплантованих тканин коливається від 8 до 19 %, що не може задовольнити ні пацієнтів, ні лікарів.

Метою роботи було дослідити клінічну ефективність застосування методу аутоотрансплантації тканин при реконструкції травматичних дефектів носа.

Матеріали та методи

Дослідження проводились на 60 прооперованих пацієнтах з реконструктивною ринопластикою, які умовно були поділені на 4 групи по 20 чоловік в кожній. Перша з використанням алярних хрящів носа, друга — з перегородкою, третя — реберними хрящами, четверта — з силіконовими імплантатами.

Результати

У першій групі у ранньому післяоперац. йному періоді спостерігалось повне приживання, через рік — збереження хряща. У другій групі після операції у всіх хворих відбулось заміщення хряща, що потребувало, повторної коригуючої ринопластики, через півроку спостерігається візуалізація країв, через рік — прояв косметичного дефекту. Третя група характеризувалась частковим розсмоктуванням імплантату, через рік — спостерігається прояв косметичного дефекту. Четверта — в ранньому післяопераційному періоді простежується задовільний стан, через місяць — трансмізована протрузія імплантантів, через півроку — утворюється пролежень імплантату, через рік — видалення імплантату.

Висновок

Найбільш придатними тканинами для реконструкції травматичних дефектів є аутоотрансплантати, що характеризуються відсутнім відторгненням тканин, створюють опірну систему носа, використовуються при невеликих дефектах. В свою чергу реберні хрящі потребують гіперкорекції. А використання силіконових аллотрансплантатів призводить до значних ускладнень і найменш ефективним способом усунення дефекту.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бокерия, Л. А. Лекции по сердечно-сосудистой хирургии / Л. А. Бокерия. — М.: Издательство НЦССХ им. А. Н. Бакулева, 1999. — Т. 2. — С. 70–87.
2. Бураковский В. И. Сердечно-сосудистая хирургия / В. И. Бураковский, Л. А. Бокерия. — М.: Медицина, 1989. — С. 526–552.
3. Мішалов, В. Г. Лекції з госпітальної хірургії / В. Г. Мішалов. — К.: Видавничий дім Асканія, 2008. — Т. 1. — С. 14–19.
4. Островский, Ю. П. Хирургия сердца / Ю. П. Островский. — М.: Медицинская литература, 2007. — С. 117–249.
5. Ройтберг, Г. Е. Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. — М.: БИНОМ, 2007. — 346–437 с.

УДК 61:796.06

ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОБ В СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОГРАММНО- АППАРАТНОГО КОМПЛЕКСА «ОМЕГА-С»

Пастушок Д. И., Давыдовская Т. Л., Теребей В. И.

**Научный руководитель: ассистент кафедры нормальной физиологии
Л. Л. Шилович**

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В спортивной медицине существует актуальность оценки показателей при приме-

нении функциональных проб. Сведений о использовании программно-аппаратного комплекса «Омега-С» в данном направлении до настоящего времени получено не было.

Цель исследования

Практическое применение стандартной функциональной пробы Мартинэ (20 приседаний в течение 30 с) в спортивной медицине с одновременным использованием программно-аппаратного комплекса «Омега-С». Исследование проведено на базе Научно-практического центра спортивной медицины г. Гомеля.

Методы

Обследуемые спортсмены были разделены на две группы по 46 человек в каждой. В первую группу вошли спортсмены, тренирующиеся на «выносливость» (академическая гребля, легкая атлетика, гребля на байдарках, плавание, баскетбол, волейбол), во второй группе находились спортсмены для которых тренировка на выносливость не является доминирующей (дзюдо, бокс, греко-римская борьба, пятиборье). Возраст обследуемых от 17 до 20 лет. Запись осуществлялась в три этапа: исходные данные регистрировались в спокойном состоянии сидя, затем следовала вторая запись через 1 мин после функциональной пробы и последняя регистрация через 3 минуты восстановления показателей после нагрузки. Всего 138 обследований. Для получения информации в течение 5 минут выполнялась регистрация ЭКГ (300 кардиорегистраторов).

Результаты обследований представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Различие показателей функционального состояния спортсменов по данным комплекса «Омега-С»

Показатели	Медиана 1 группы (выносливость)			Медиана 2 группы		
	исходные данные	после нагрузки	восстан овление	исходные данные	после нагрузки	восстан овление
Частота сердечных сокращений, уд./мин	72,4	70,8	70,9	69,3	66,5	70,4
A — Уровень адаптации к физическим нагрузкам, %	74,4	78,8	72,5	74,1	83,7	72,0
B — Уровень тренированности организма, %	78,4	84,9	78,5	82,6	91,8	81,8
C — Уровень энергетического обеспечения, %	66,6	70,9	64,4	64,6	69,5	64,7
D — Психозмоциональное состояние, %	67,9	70,6	66,6	65,9	72,1	65,4
H — Интегральный показатель спортивной формы, %	71,8	76,3	70,8	71,8	79,3	71,8

При анализе полученных данных возможно сделать следующие выводы в различии показателей двух групп: ЧСС в первой группе спортсменов понизилась на 2,1 % тогда как во второй группе спортсменов повысилась на 1,6 %, что может говорить о более скором включении механизмов адаптации сердечно-сосудистой системы у спортсменов тренирующихся на «выносливость». Данное наблюдение подтверждается показателем уровня тренированности организма, отражающим уровень регуляции сердечно-сосудистой системы, который остался на прежнем уровне в первой группе спортсменов и снизился на 1,8 % у спортсменов, для которых тренировка на выносливость не является доминирующей. Уровень энергетического обеспечения возрос во второй группе спортсменов на 4,9 % а в первой группе спортсменов на 4,3 % в результате нагрузки, при этом в первой группе после восстановления снизился на 2,2 % а во второй пришёл в норму, что также может свидетельствовать о более быстрой скорости адаптации к физической нагрузке спортсменов тренирующихся на «выносливость».

Применение программно-аппаратного комплекса «Омега-С» при использовании

функциональных проб позволяет оценить сильные и слабые стороны спортсмена применительно к требованиям определенных видов спорта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Система комплексного компьютерного исследования физического состояния спортсменов «Омега-С»: документация пользователя. — СПб.: Динамика, 2006. — 64 с.

УДК 61:2

ГРЕХ-БОЛЕЗНЬ СМЕРТЕЛЬНАЯ

Пачко В. В., Тарасюк А. И.

Научный руководитель: ст. преподаватель С. Г. Рогальский

Учреждение образования

«Институт теологии Белорусского государственного университета»

г. Минск, Республика Беларусь

Господь наш Иисус Христос в ответ укорявшим Его фарисеям, что Он ест и пьет с мытарями и грешниками, произнес хорошо известные и ставшие дорогими слова: «не здоровые имеют нужду во враче, но больные» (Матф. 9:12). Это не простой оборот речи, не красивая фраза, не образное выражение. Христос говорил это о грешниках, которые, действительно, больны. Точно так же Христос говорил о Себе, Спасителе грешников, как о действительном, а не образном враче. Только болезнь и Его деятельность, как врача, происходили не в телесной области, а в духовной. Господь смотрел на грех как на действительную духовную болезнь, а на Себя — как на врача страдающих этой болезнью. Собор прямо определяет грех — как болезнь души. А в литургической практике Православной Церкви такое понимание греха выражено в многочисленных молитвословиях, и самые известные из них — в чине Исповеди. Человеку, исповедающему свои грехи, говорится: «Внемли убо, понеже бо пришел еси во врачебницу, да не неисцелен отыдеши». Да и само греческое слово *αμαρτια*, переводящееся как «грех», имеет еще несколько значений, одно из которых — болезнь.

При таком определении греха легко понять, почему потомки страдают из-за грехопадения прародителей. Сегодня всем известно, что целый ряд серьезных заболеваний передаются по наследству. Никого не удивляет, что дети алкоголиков, например, могут иметь наследственную предрасположенность к алкоголизму, не говоря уже о целом букете сопутствующих заболеваний. И если грех — это болезнь, он вполне может передаваться по наследству.

Всякая болезнь причиняет страдание. Последствия греха в православной аскетике также называются страстями. Есть очень выразительный образ, употребленный преподобным Макарием Египетским, в котором он уподобляет действие греха на человеческую природу — действию дрожжей на тесто. «Как преступивший заповедь, Адам принял в себя закваску страстей, так и родившиеся от него, и весь род Адамов, по преемству стали причастниками оной закваски; а при постепенном преуспевании и возрастании до того уже умножились в людях греховные страсти, что простерлись они до прелюбодеяний, непотребств, идолослужений, убийств и других непотребных дел, пока все человечество не вскисло пороками».

Вопрос о жестоком наказании за грех, таким образом, попросту отпадает как очевидная бессмыслица. Больного и страдающего человека не нужно наказывать, он сам себя уже наказал. Его нужно лечить. Поэтому, Бог в православном богословии не судья, и уж никак не палач, приводящий приговор в исполнение. Христос — это врач, пришедший исцелить сотворенное Им человечество, страдающее от смертельного заболевания. В утреннем правиле есть чудная молитва к Божией Матери, где так и говорится: «...Врача рождшая, уврачуй души моя многолетныя страсти».

Болезнь подавляет жизнь и уничтожает ее. Если жизнь еще продолжается, болезнь

почти всегда похищает жизненную силу. Всякий знает, что каждая болезнь начинается со слабости. Наглядным примером служит расслабленный с парализованными членами (Матф. 9:2). По всей вероятности, в начале жизни он не был таким, как впоследствии, когда четверо несли его к Господу. Жизнь в нем еще была, но силы что-либо делать не было. Может быть, больные члены тела еще не утратили чувствительность. Порой этим недугом поражается только один член или одна сторона тела человека, иногда и все тело.

Похожим является действие греха не только на необращенных, но и на искренне верующих. Если грех найдет лазейку, через которую проникнет в сердце человека, то парализует его жизненные силы. Некоторые люди получили жизнь от Бога, и она еще есть в них, но силы духовной нет, они духовно расслаблены. Они не могут свидетельствовать о Христе, потому что у них нет внутреннего побуждения. А если даже оно есть, то либо воля их парализована, либо не освящена и приводится в движение лишь плотскими импульсами. У таких людей нет славных добродетелей, которые должны сопровождать истинную веру (2 Петр.1:5-7).

Эти бедные души надо опекать, ухаживать за ними и поддерживать их духовную жизнь, вместо того, чтобы они опекали других и продвигали их вперед. У них недостает решительного сопротивления отдельным грехам и искушениям вообще. Если такое парализованное состояние длится долго, вся моральная энергия пропадает, и, наконец, духовное чувство отмирает, и сердце ожесточается. Когда-то у таких христиан были боль и слезы о своей больной душе. Тогда свидетельство Святого Духа и Слова производили глубокую тревогу в них, но теперь ощущается равнодушие, даже бесчувствие. Глубина падения духовно парализованной жизни неизмерима.

Печально сознавать, что в наше время много духовно парализованных христиан. Может возникнуть вопрос: «Разве нет бальзама в Галааде? Разве нет там врача? Отчего же нет исцеления дочери народа моего?» (Иер.8:22). Истинные проявления силы редки, но зато хорошо видны: увядание, половинчатость, стремление уподобиться миру и множество уступок ему, что служит признаком глубокой внутренней болезни или непобежденного греха.

ЛИТЕРАТУРА

1. www.minds.by [Электрон. ресурс]
2. www.foma.ru [Электрон. ресурс]

УДК 577.115+577.121.7]:616.21

ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛОР-ОГАНОВ

Петренко Т. С.

Научный руководитель: зав. каф. КЛД, д.м.н., профессор И. А. Новикова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Процессы перекисного окисления липидов (ПОЛ) играют важную роль в регуляции интенсивности адаптационных реакций организма. Они необходимы для поддержания нормального метаболического фона и функциональной активности клеток. В то же время чрезмерная активация ПОЛ, не сбалансированная антиоксидантной системой, способствует развитию и поддержанию различных патологических процессов. В настоящее время роль перекисного окисления липидов доказана в патогенезе более чем 100 заболеваний [1]. Изменения в системе ПОЛ характерны для болезней как воспалительной, так и невоспалительной этиологии, при этом у больных наблюдается дисбаланс в про- и антиоксидантной систем [1, 2].

Для оценки выраженности ПОЛ в организме в качестве биологического материала, чаще всего, используют плазму или эритроциты крови. В то же время логично предположить, что у пациентов с патологией ЛОР-органов не менее клинически информативным может оказаться исследование смешанной слюны. Имеется ряд работ, подтверждающих, что степень изменения таких лабораторных параметров, как концентрация остаточного азота, глюкозы, амилазы, гормонов (ТТЗ, ТТГ, ЛГ, ФСГ), минералов (кальция, магния, калия), лизоцима, специфических секреторных IgA-антител в смешанной слюне более выражена, чем в сыворотке крови [2, 3, 4]. Кроме того, слюна является доступным и удобным биологическим материалом.

Цели работы

Провести сравнительный анализ интенсивности липопероксидации в слюне, плазме и эритроцитах больных хроническими воспалительными процессами ЛОР-органов.

В исследование были включены 8 больных (6 мужчин и 2 женщины), из них 6 пациентов — с гиперпластическим хроническим ларингитом, 2 пациента — с хроническим гнойным отитом среднего уха. Возраст больных составил от 29 до 65 лет. Все обследованные не курят.

Материалом для исследования служили смешанная слюна и периферическая кровь. Забор слюны производили до начала лечения, утром натощак, до чистки зубов путем сплевывания в чистую сухую пробирку. Слюну центрифугировали 10 мин при 1500 об/мин. Периферическую кровь также получали утром натощак путем венепункции. Кровь центрифугировали 10 мин при 3000 об/мин для осаждения клеточных элементов.

Оценивали содержание продуктов ПОЛ (первичных — диеновые конъюгаты ДК, промежуточных — кетодиены и сопряженные триены КД/СТ, конечных — основания Шиффа ОШ в слюне, плазме и эритроцитах спектрофотометрически с отдельным определением продуктов липопероксидации в гептановой и изопропанольной фазе. Содержание продуктов ПОЛ рассчитывали по отношению E232/E220 (ДК), E278/E220 (КД/СТ), E400/E220 (ОШ), результаты выражали в единицах индексов окисления (е.и.о.).

Статистический анализ проводился с использованием пакета программ «Statistica» 6.0. С учетом результатов проверки на нормальность распределения использован критерий Манн-Уитни (уровень значимости $P \leq 0,05$). Результаты представляли как средняя величина (М) и ошибка средней ($\pm m$).

Результаты сравнительного анализа степени липопероксидации плазмы, эритроцитов и слюны представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Содержание продуктов ПОЛ в различных биологических жидкостях

Показатель, е.и.о.	Биологический материал		
	плазма	эритроциты	слюна
Показатели пероксидации нейтральных жиров (гептановая фаза), е.и.о.			
ДК	0,757 $\pm$ 0,067*	0,583 $\pm$ 0,087*	0,358 $\pm$ 0,124
КД/СТ	0,246 $\pm$ 0,073	0,268 $\pm$ 0,057	0,267 $\pm$ 0,100
ОШ	0,096 $\pm$ 0,029*	0,087 $\pm$ 0,031*	0,004 $\pm$ 0,002
Показатели пероксидации фосфолипидов (изопропанольная фаза), е.и.о.			
ДК	1,069 $\pm$ 0,058	1,415 $\pm$ 0,209*	0,618 $\pm$ 0,214
КД/СТ	0,784 $\pm$ 0,072	0,802 $\pm$ 0,136	0,596 $\pm$ 0,212
ОШ	0,074 $\pm$ 0,020	0,069 $\pm$ 0,045	0,067 $\pm$ 0,004

* Отмечены показатели, достоверно отличающиеся от соответствующих показателей в слюне ($p < 0,05$)

Как видно из таблицы 1, по содержанию вторичных продуктов окисления нейтральных жиров (КД/СТ), а также вторичных и конечных продуктов окисления фосфолипидов (КД/СТ и ОШ в изопропанольной фазе) сравниваемый биологический материал

(плазма, эритроциты и слюна) значимо не различался. В то же время концентрация первичных и конечных интермедиатов ПОЛ в гептановой фазе слюны оказалась ниже, чем в плазме и эритроцитах ($p < 0,05$). Выявлено также достоверно более низкое содержание изопропанол-экстрагируемых ДК в слюне относительно эритроцитов крови ($p < 0,05$).

Таким образом, по содержанию промежуточных продуктов липопероксидации слюна не отличается от плазмы и эритроцитов. Учитывая, что именно этот параметр (КД/СТ) является наиболее информативным при оценке интенсивности липопероксидации в организме [1, 2], можно рекомендовать слюну как альтернативный материал при проведении подобных исследований у больных с патологией ЛОР-органов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кашулина, А. П. Роль перекисного свободнорадикального окисления в патологии и механизмы его изучения / А. П. Кашулина // Мед. консультация. — 1996. — № 2. — С. 20–24.
2. Состояние ПОЛ и антиоксидантной систем в плазме, эритроцитах и слюне детей с патологией органов полости рта, отягощённой дисбиозом кишечника / Г. П. Новожилова, В. М. Аксёнова, Л. А. Мозговая // [Электронный ресурс]. — 2006. — Режим доступа: <http://medi.ru/doc/167314.htm>. — Дата доступа: 04.03.2008.
3. Постникова, Л. Б. Значение биохимических показателей слюны в диагностике обострений ХОБЛ / Л. Б. Постникова, О. П. Алексеев // Клиническая лабораторная диагностика. — 2004. — № 10. — С. 16–18.
4. Григорьев, И. В. Слюна как предмет лабораторной диагностики / И. В. Григорьев, А. А. Чиркин // Медицинские новости. — 1998. — № 4. — С. 9–12.

УДК 612. 123 : 616. 8 : 612. 824. 4

ЛИПИДНЫЙ СОСТАВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ПАТОЛОГИЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, СВЯЗАННЫХ С НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Петрович Ю. В., Синявская И. В.

Научный руководитель: ассистент Г. А. Медведева

Учреждение образования

«Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины»

г. Гомель, Республика Беларусь

Нарушение мозгового кровообращения у молодых людей в последнее время становится предметом специального изучения, как в нашей стране, так и за рубежом. Повышенный интерес к этой проблеме объясняется, прежде всего, тем, что увеличение частоты сосудистых поражений головного мозга происходит не только за счет лиц пожилого и старческого возраста, но и, в значительной степени, за счет лиц 40–50 лет.

В основе кратковременных нарушений мозгового кровообращения лежат многочисленные факторы и различные механизмы. При атеросклерозе это может быть сосудистая мозговая недостаточность, часто развивающаяся на фоне слабой сердечной деятельности или при отвлечении крови к периферическим отделам сосудистой системы, кровотечениях и т.д. Нарушения мозгового кровообращения могут быть следствием микроэмболии агрегатами кровяных пластинок при изменениях физико-химических свойств крови [1]. Поэтому анализ липидного состава периферической крови при патологиях нервной системы, связанных с нарушением мозгового кровообращения является актуальной задачей. В ходе исследований установлено количественное содержание холестерина и триглицеридов в плазме крови людей, имеющих патологии нервной системы, вызванные нарушением мозгового кровообращения. Определение содержания липидов проводилось стандартными методами: холестерин — методом прямой фотометрии, основанной на реакции Либермана-Бурхардта, триглицериды — колориметрическим методом [2]. При выполнении работы было обследовано 557 человек в возрасте 40–80 лет и старше с острым нарушением мозгового кровообращения, проживающих в г. Пинске. Обследованные имели следующие нарушения мозгового кровообращения: транзиторная ишемическая атака (ТИА), субарахноидальное кровоизлияние (СК), внутримозговое кро-

воизлияние (ВМК) и инфаркт мозга (ИМ). Наиболее часто встречаемой патологией является инфаркт мозга, причем с возрастом количество лиц с данной патологией увеличивается, и частота встречаемости составляет: в 40–50 лет — 62–66 %, в 71–80 лет — 80–85 %. У всех обследованных определено количественное содержание холестерина и триглицеридов. При СК отклонения липидного состава крови от нормы практически нет. Это связано с тем, что СК, как правило, встречается у лиц, не страдающих гипертонической болезнью, а в основе таких случаев лежит аномалия сосудов мозга. При ВМК показатели липидного состава крови несколько отклоняются от нормы, что может быть связано с гипертонической болезнью, характеризующейся кровоизлиянием в ткань мозга. При ТИА липидный состав крови также несколько отклоняется от нормы, в результате чего, возникает ишемия мозга. Наибольшее отклонение в содержании липидов отмечено при инфаркте мозга. Полученные результаты представлены в таблице 1.

Результаты исследований показывают, что изменение липидного состава крови оказывает значительное влияние на развитие патологий нервной системы, связанных с нарушением мозгового кровообращения. Возможности профилактики и лечения этих нарушений расширяется благодаря фундаментальным исследованиям в области экспериментальной и клинической ангионеврологии.

Таблица 1 — Показатели липидного состава крови при инфаркте мозга

Возраст, лет	Пол	Холестерин, ммоль/л	Триглицериды, ммоль/л
40–50	жен	$5,85 \pm 0,16$	$1,15 \pm 0,16$
	муж	$5,87 \pm 0,17$	$1,52 \pm 0,18$
51–60	жен	$5,91 \pm 0,18$	$1,34 \pm 0,17$
	муж	$5,92 \pm 0,19$	$1,55 \pm 0,19$
61–70	жен	$6,24 \pm 0,25$	$1,45 \pm 0,18$
	муж	$6,35 \pm 0,26$	$1,65 \pm 0,21$
71–80	жен	$6,28 \pm 0,25$	$1,55 \pm 0,19$
	муж	$6,31 \pm 0,27$	$1,74 \pm 0,22$
81 и старше	жен	$6,51 \pm 0,29$	$1,64 \pm 0,21$
	муж	$6,51 \pm 0,29$	$1,75 \pm 0,23$
Норма		5,3	0,9–1,47

ЛИТЕРАТУРА

1. Недзведь, М. К. патологическая анатомия и патологическая физиология: учебник / М. К. Недзведь, Ф. И. Висмонт, Т. М. Недзведь. — Мн.: Выш. школа, 2007.
2. Камышников, В. С. Справочник по клинико-биохимической лабораторной диагностике: в 2 т. / В. С. Камышников. — Мн.: Беларусь, 2000.

УДК 611.3-018.1-08:576.36

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНДОКРИНОЦИТОВ ТОНКОЙ КИШКИ ЧЕЛОВЕКА В ЭМБРИОГЕНЕЗЕ

Петровская Т. Э., Дегтяренко Д. Г.

Научный руководитель: к.м.н. И. Л. Кравцова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Республика Беларусь, Гомель

Введение

В стенке тонкой кишки выявлено 14 типов эндокриноцитов, способных вырабатывать и выделять большинство гормонов и биогенных аминов. Эти вещества оказывают эндокринное, паракринное и экзокринное действие, регулируют процессы пищеварения и в значительной степени обеспечивают стабильность гомеостаза органа и всего организма [1,

2]. **Цель исследования**

Изучить эндокриноциты тонкой кишки человека в раннем онтогенезе.

Материалы и методы исследования

Для решения поставленных задач была изучена тонкая кишка 20 зародышей человека 6–16 недель эмбриогенеза. Срезы окрашивались гематоксилином и эозином. Для выявления эндокринных клеток использовались: метод Гримелиуса, реакция серебрения по Массону-Гамперлю. Для подсчета эндокринных клеток и распределению их по длине крипты и ворсинки использовали окулярную морфометрическую сетку при увеличении микроскопа $\times 100$. Исследовались 20 полей зрения на каждый случай. Результаты обрабатывались методами альтернативной статистики.

Результаты и обсуждение

С помощью метода Гримелиуса аргирофильные клетки в двенадцатиперстной кишке выявляются среди эпителиоцитов на 7 неделе эмбриогенеза. Они диффузно расположены среди эпителиоцитов многорядного эпителия. По морфологическим признакам и данным литературы выявленные эндокриноциты являются G- и D-клетками, которые вырабатывают гастрин, холецистокинин, энкефалины, соматостатин и другие полипептидные гормоны. В тощей и подвздошной кишках клетки обнаруживаются на 8 и 9 неделях эмбриогенеза. Эндокринные клетки располагаются среди эпителиоцитов как в криптах, так и на ворсинках. Аргирофильные клетки имеют различную форму, но чаще всего встречаются клетки овальной или треугольной формы, которые не достигают просвета кишки — это клетки «кишечного» типа. Такая форма клеток характерна для всех участков тонкой кишки. В цитоплазме их присутствует нежная аргентафинная зернистость. Из-за обилия секреторных гранул ядра в клетках часто не визуализируются. Через неделю после появления, большинство эндокриноцитов полностью заполнены секреторными гранулами, редко встречаются частично заполненные и опустошенные, что говорит об активных синтетических процессах в клетках, о высоком уровне синтеза гормонов и биогенных аминов. В эпителии слизистой оболочки дифференцируются каемчатые, бескаемчатые и бокаловидные. На 9–10 неделях эмбриогенеза среди эндокриноцитов обнаруживаются клетки треугольной и вытянутой форм. К 12 неделе отмечается резкое увеличение количества эндокринных клеток в двенадцатиперстной кишке, на 14 неделе — в тощей кишке, на 16 неделе — в подвздошной кишке. Необходимо подчеркнуть, что дифференцировка эпителиоцитов активно происходит в течение 3-го месяца развития на фоне активного формирования эндокринного аппарата. Количество бескаемчатых клеток остается примерно одинаковым, число каемчатых эпителиоцитов максимально в двенадцатиперстной кишке, количество бокаловидных постепенно увеличивается. Доля эндокриноцитов, несмотря на периодическое снижение их числа, имеет тенденцию к увеличению. Сохраняются и признаки их высокой активности.

Выводы

Таким образом, последовательное появление энтероэндокринных клеток в разных участках тонкой кишки носит градиентный характер и характеризуется увеличением количества и расширением их спектра.

ЛИТЕРАТУРА

1. Артишевский, А. А. Становление эндокринной регуляции и процессы органогенеза у плодов человека / А. А. Артишевский, И. Л. Кравцова // Проблемы здоровья и экологии. — 2009. — № 20(2). — С. 51–55.
2. Пузырев, А. А. Закономерности цитогенеза эндокринной гастроэнтеропанкреатической системы позвоночных / А. А. Пузырев, В. Ф. Иванова, С. В. Костюкевич // Морфология. — 2003. — Т. 124, Вып. 4. — С. 11–19.

УДК 612.843.6-053.5(476.2-2Гом)

ИЗУЧЕНИЕ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ У ШКОЛЬНИКОВ ГИМНАЗИИ № 14 Г. ГОМЕЛЯ

Пешкур Е. Д.

Научный руководитель: к.б.н., доцент Е. И. Дегтярева

Учреждение образования

**«Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Глаза человека — удивительный дар природы. Они служат для восприятия информации о состоянии окружающего нас внешнего мира. Зрение дает людям 90 % информации. Зрение важно для всех видов деятельности.

Сегодня мы можем утверждать, что человечество вступило в особую эпоху — в век стремительной динамики технологий и, конечно же, информации. Факторов, влияющих на здоровье наших глаз, целое множество. Сталкиваясь с напряженной работой для глаз, люди жалуются на головную боль, быстро наступающую усталость, даже появление симптомов сердечнососудистых, нервных, желудочно-кишечных и прочих заболеваний.

Как ни парадоксально, зрение может быть виновно в этом: когда зрение работает с большими перегрузками, а ухудшаясь, оно требует еще большего напряжения, то наступает общее переутомление организма, что равносильно стрессу.

Потеря зрения, особенно в детском возрасте — это трагедия. Поскольку организм ребенка очень восприимчив ко всякого рода воздействиям, именно в детском возрасте зрению должно быть уделено особое внимание.

Актуальность темы заключается в том, что зрительные перегрузки в школьном возрасте могут способствовать ухудшению остроты зрения и, как следствие, вызвать головную боль, быстро наступающую усталость. Поэтому, своевременное обнаружение изменений в периферическом отделе зрительного анализатора может способствовать улучшению остроты зрения и нормализации функционального ряда систем организма (ЖКТ, ЦНС). Исследование проводилось на базе Гимназии № 14 г. Гомеля. Школьники были разделены по половому и возрастному аспекту на следующие градации: 1–4 классы, 5–8 классы, 9–11 классы.

Для исследования остроты зрения пользуются таблицами Головина-Сивцева, в которых имеется 12 рядов знаков различной величины. Таблицы позволяют с расстояния 5 м определять остроту зрения от 0,1 (верхний ряд) до 2,0 (нижний ряд).

Для определения остроты зрения меньше 0,1, больного приближают к таблице через каждые 0,5 м (на полу или стене надо сделать соответствующие метки), пока он не назовет правильно знаки верхнего ряда.

В результате проведенных экспериментальных исследований были получены данные о состоянии зрения у учащихся из Гимназии № 14 г. Гомеля.

В первый класс пришло 5 детей, у которых острота зрения меньше 1,0.

Исходя из этого можно сказать, что наиболее вероятной причиной нарушения зрения можно считать ранее и непрофессиональное начало подготовки родителями детей к школе задолго до шестилетнего возраста.

Проанализировав полученные данные и количество учащихся в 8 и 11 классах, можно сделать вывод, что количество учащихся с плохим зрением в 8-х классах составляет одну треть, а количество таких детей уже в 11-х классах составляет половину от учащихся.

Уменьшение количества детей с плохим зрением в 9-х классах, по сравнению с 5–8, не свидетельствует об улучшении зрения. Это можно объяснить тем, что после 8-го класса в гимназии проходит отбор в лицейские классы и, возможно, часть детей с плохим зрением покидают школу.

Близорукость чаще встречается у девочек, чем у мальчиков (почти в 2 раза). Это заключается не в большей предрасположенности женщин к развитию близорукости, а в социально-психологических особенностях, проявляющихся в большей старательности, лучшей успеваемости, все большей вовлеченностью в общественную деятельность.

Периодами наибольшего прогрессирования близорукости оказались первый и третий годы обучения в школе. Поэтому, в комплексе массовых профилактических мероприятий особое внимание следует уделять учащимся начальных и средних классов, а также дошкольникам. Выводом проведенных исследований было установлено:

- 1) наблюдается тенденция к увеличению количества детей с нарушением органа зрения;
- 2) в выпускных классах количество детей с острой зрения меньше 1,0 составляет 30–50 %;
- 3) 1 % детей приходят в школу уже с плохим зрением, а у 23 % — зрение ухудшилось за период обучения.

УДК 616.37-002+613.2.032.33

**ПРИМЕНЕНИЕ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
СИНДРОМА КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ
ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА
В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

Пивовар М. С., Кеня И. В., Криволап Д. Г.

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. М. Майоров

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Острый панкреатит занимает лидирующее место в структуре ургентной хирургической патологии и составляет 16 % от числа поступивших в стационар с острыми заболеваниями органов брюшной полости. При анализе неудач в лечении этого заболевания видна нерешенная проблема коррекции метаболических нарушений. Однако кризисная ситуация в освещении данного вопроса состоит в том, что при наличии информации о белковом дефиците до настоящего времени не выработаны единые подходы к реализации нутритивной поддержки и коррекции метаболических нарушений у больных острым деструктивным панкреатитом [3, 5]. Решение этих вопросов имеет важное значение для построения наиболее эффективной программы искусственного лечебного питания и улучшения исходов хирургического лечения данного заболевания.

Материалы и методы

Проведено клиническое исследование 67 пациентов, оперированных по поводу гнойных осложнений острого деструктивного панкреатита. В зависимости от проводимой нутритивной поддержки больные были разделены на две группы. В 1-ю (контрольную) вошли 35 больных, которым в послеоперационном периоде проводили стандартную интенсивную терапию, включая парентеральное питание. Вторую (основную) группу составили 32 пациента, у которых в комплекс интенсивной терапии было включено раннее энтеральное питание с использованием полноценных сбалансированных питательных смесей. Введение смесей проводилось через еюностому, накладываемую интраоперационно на вторую петлю тощей кишки от связки Трейтца. Дозировка препарата рассчитывалась исходя из фактической потребности больного в энергии и основных нутриентах с учетом фактора активности, дефицита массы тела, увеличения температуры тела. При поступлении больного в отделение и затем в послеоперационном периоде определяли следующие показатели: индекс массы тела, окружность плеча (см), толщину кожной складки над трицепсом (мм), содержание альбумина и рассчитывали фактическую потребность больного в энергии и основных нутриентах.

Результаты и обсуждение

Изучение состояния трофологического статуса показало, что на момент оперативного вмешательства дефицит фактической массы тела в обеих группах составлял в среднем 14 %. Отсутствие статистически значимых отличий позволяет сделать вывод о том, что у пациентов обеих групп был идентичный трофологический статус, отражающий наличие питательной недостаточности тяжелой степени.

На 10 сутки послеоперационного периода были зарегистрированы следующие со-

соматометрические показатели: в первой группе, несмотря на проводимое парентеральное питание, происходила депрессия соматометрических показателей. Так, масса тела пациентов в течение 10 суток снижалась с $65,7 \pm 2,48$ кг до $60,46 \pm 2,27$ кг (на 8,07 %), окружность плеча уменьшалась до $24,26 \pm 0,58$ см (на 6,91 %), массо-ростовой индекс снизился до $20,71 \pm 0,76$ (на 7,22 %). В то же время наблюдалось увеличение дефицита фактической массы тела до $17,56 \pm 1,03$ % и дефицита массы тела в килограммах до $12,76 \pm 0,85$ кг.

У больных второй группы в среднем масса тела снизилась до $65,98 \pm 2,35$ кг (на 3,15 %), окружность плеча уменьшилась до $25,57 \pm 0,55$ см (на 3,59 %), массо-ростовой индекс снизился до $22,14 \pm 0,77$ (на 3,7 %). В это же время наблюдалась стабилизация показателей дефицита массы тела в килограммах и процентного дефицита фактической массы тела. Так, дефицит ФМТ составлял $14,21 \pm 0,58$ %, а дефицит массы тела $10,62 \pm 0,55$ кг на одного пациента.

Полученные данные свидетельствуют о том, что у больных с применением энтерального зондового питания в течение первых 10 суток послеоперационного периода наблюдается стабилизация соматометрических критериев и отсутствие нарастания дефицита фактической массы тела, что можно объяснить соответствием расчетных энергопотребностей и калорийной ценности проводимого энтерального питания во второй группе. На 20 сутки после операции в первой группе сохранялись негативные тенденции по снижению соматометрических показателей и нарастанию дефицита массы тела. В среднем масса тела снижалась до $58,56 \pm 2,61$ кг (на 10,87 %), окружность плеча уменьшилась до $23,8 \pm 0,57$ см (на 8,68 %), массо-ростовой индекс снизился до $20,77 \pm 0,47$ (на 8,56 %). Отмечалось статистически значимое нарастание дефицита массы тела, который к 20 суткам после операции достигал $21,74 \pm 0,89$ %, что составляло $16,13 \pm 0,91$ кг на одного пациента.

Во второй группе наблюдались следующие изменения. Масса тела возрастала до $70,51 \pm 2,21$ кг, окружность плеча составляла $27,03 \pm 0,49$ см. Дефицит массы тела статистически значимо уменьшился с $14,21 \pm 0,58$ до $12,25 \pm 0,48$ %, что составляло $9,63 \pm 0,48$ кг. Это свидетельствует о том, что пациенты второй группы получали питание, соответствующее их расчетным энергопотребностям. В то же время у пациентов, не получавших энтерального питания, происходило ухудшение питательного статуса, что выражалось статистически значимыми отличиями.

Выводы

1. У больных с гнойными осложнениями острого деструктивного панкреатита выявляются тяжелые нарушения белкового и энергетического обмена, что клинически проявляется снижением функциональных резервов организма, качественном и количественном снижении белка, увеличением числа различных осложнений.

2. Исходя из оценки трофологического статуса установлено, что в раннем послеоперационном периоде необходимость и объем нутриционной терапии возрастают, что обусловлено тяжестью хирургического вмешательства и особенностями послеоперационного ведения больных, затрудняющих адекватное получение нутриентов. Указанные трофологических реакций обуславливает, необходимость коррекции общих метаболических потребностей организма как составной части патогенетической терапии острого деструктивного панкреатита.

4. Коррекцию состояния питания больных целесообразно начинать в раннем послеоперационном периоде. Объем нутриционной поддержки определяется индивидуально с учетом фактической потребности больного в энергии и нутриентах.

5. Применение раннего энтерального питания позволило оптимизировать течение послеоперационного периода, что выражалось в снижении частоты местных и общих осложнений, уменьшении сроков лечения и летальности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Луфт, В. М. Клиническое питание в интенсивной медицине: практ. рук. / В. М. Луфт, А. Л. Костюченко. — СПб.: РСЗ АсПЭП, 2002. — 175 с.
2. Гостищев, В. К. Основные принципы хирургического лечения больных с острым деструктивным панкреатитом: материалы съезда «IX Всероссийский съезд хирургов» / В. К. Гостищев, В. А. Глушко. — Волгоград, 20–22 сент. 2000 г. — Волгоград, 2000. — С. 30–31.
3. Лященко, Ю. Н. Основы энтерального питания / Ю. Н. Лященко, А. Б. Петухов. — М.: Вера Интел XXI, 2001. — 343 с.
4. Нестеренко, Ю. А. Лечение гнойных осложнений панкреонекроза: матер. конгресса «Третий конгресс Ассоциации хирургов им. Н. И. Пирогова» / Ю. А. Нестеренко, С. В. Михайлулов, Р. Ю. Тронин. — М., 2001. — С. 117–118.
5. Искусственное питание в неотложной хирургии и травматологии / под ред. А. С. Ермолова, М. М. Абакумова. — М.: М-Сити, 2001. — 388 с.

УДК: 281.9

ВЕНЦЕНОСНЫЕ СЕСТРЫ МИЛОСЕРДИЯ

Письменникова Е. И.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

В последнее время нередко приходится слышать безосновательные обвинения в адрес последней Императрицы Александры Феодоровны и ее сестры. Многие и вовсе удивленно пожимают плечами, не зная о ком идет речь... А ведь именно им принадлежит инициатива экипировки прекрасных санитарных поездов и оборудования дворцовых госпиталей. Благотворительная деятельность Императрицы была весьма обширна и разнообразна, причем Ее Величество сама создала целый ряд совершенно новых в России благотворительных и просветительских учреждений. Достаточно указать, что в сферу Ее непосредственного попечения входили — трудовая помощь, охрана материнства и младенчества, кустарные промыслы, здравницы, а во время войны еще и забота о раненых и военнопленных.

1915 г., в Петрограде в Зимнем Дворце был открыт лазарет имени Его Императорского Высочества Наследника Цесаревича Алексея Николаевича. Лазарету были отданы аванзал, Николаевский зал с прилегающей к нему Восточной галереей, большой Фельдмаршальский, Петровский, Александровский, Гербовый залы, Военная галерея памяти героев Отечественной войны 1812 г. В Колонном зале расположилась грандиозная операционная, оснащенная самым современным оборудованием. В Помпейском садике установили ванны для водных процедур. Все картины и ценности, находившиеся там в мирное время, оставались на местах, скульптуры и наиболее ценные полотна были закрыты деревянными щитами и покрывалами. Со стен сняли лишь золотые и серебряные блюда — дары Русским Царям. Роскошный Николаевский зал с его великолепными массивными колоннами гармонировал с больничным убранством кроватей, белоснежными пикейными одеялами и пуховыми подушками.

Все посетители при входе в лазарет надевали белый халат. Даже Великие Князья. Этого требовала Императрица.

Лазарет был рассчитан на тысячу раненых и больных воинов, которых обслуживали сто восемьдесят санитаров, шестьдесят сестер милосердия и десять врачей во главе с доктором Рудковским. Работы по переоборудованию Царских залов под лазарет проводились за счет Дворцового ведомства. Общество Красного Креста оборудовало лазарет мебелью, снабдило постельным бельем и медикаментами. Здесь было лучшее оборудование, здесь работали лучшие врачи и сестры милосердия. Их профессионализм позволял спасти жизнь и вернуть здоровье людям, попавшим в жернова, как тогда казалось, самой страшной войны в истории человечества. Главный хирург Н. Н. Петров — в будущем основатель отечественной онкологии. Нейрохирург А. Г. Молотков — один из ведущих нейрохирургов советского времени. Сестры милосердия самой строгой об-

щины Петербурга трудились в госпитале дворца. Под белыми платками сестер милосердия скрывались и женщины простого происхождения, и представительницы известнейших дворянских фамилий, но здесь это не имело значения. Важен был лишь их профессионализм и преданность делу.

После известных событий октября 1917 г. дворцовый госпиталь прекратил свое существование. Советские историки «забыли» о дворцовом «лазарете для низших чинов». Ведь факт его существования умолял героизм подвига революционных масс в знаменитой картине штурма обители царизма (точнее, на тот момент Временного правительства).

Почти пять месяцев царская семья провела в Александровском дворце под арестом. В августе 1917 г. их перевели под арест в Тобольск, где они содержались до апреля 1918 г., затем переправили в Екатеринбург. Там в ночь на 17 июля их всех убили. А в ночь на 18 июля 1918 г. чекисты столкнули сестру Императрицы Елизавету Феодоровну в шахту заброшенного железного рудника приблизительно в восемнадцать километрах от Алапаевска... Великая Княгиня Елизавета упала не на дно шахты, а на выступ, который находился на глубине 15 метров... С нею рядом нашли князя Иоанна с перевязанной платком княгини головой...

Бриллиантовые деодемы, жемчужные нити и фотографии — все это разобрано по музеям и частным коллекциям, тела зверски убитой Царской Семьи сожжены... Но та идея, то благородное стремление, носителями которого являлись венценосные сестры милосердия — бессмертны!..

Возрождение общин сестер милосердия, деятельность которых прервала Октябрьская революция, началось в обновленной России с начала 1990-х. В условиях катастрофической нехватки сестринского персонала в лечебных стационарах прихожанки православных приходов начали объединяться в сестричества, ставившие своей целью христианское служение в медицинских учреждениях. Это стало закономерным шагом на пути осмысления себя в церковной жизни для многих верующих, выражением одного из главнейших евангельских постулатов, сформулированного апостолом Павлом: «Вера без дел мертва есть...».

ЛИТЕРАТУРА

1. Фомин, С. Скорбный ангел / С. Фомин. — СПб., 2001.
2. Боханов, А. Н. Романовы / А. Н. Боханов. — Краматорск, 2005.

УДК 616.13-089

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ АОРТЫ, ЕЕ ВЕТВЕЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ С ПОМОЩЬЮ СТЕНТ-ГРАФТА

Подгайский С. В., Яковук А. В.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Н. Н. Иоскевич

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время в лечении атеросклеротических поражений аорты, ее ветвей и периферических артерий интенсивно внедряются эндоваскулярные вмешательства [1]. Однако, показания к их выполнению и результаты интенсивно дискутируются [2].

Цель исследования

Определение эффективности применения эндоваскулярных вмешательств в лечении аневризматических и окклюзионно-стенотических поражений аорты, ее ветвей и периферических артерий, обусловленных облитерирующим атеросклерозом.

Материал и методы

Нами проанализированы результаты 20 рентгеноэндоваскулярных вмешательств, выполненных у 20 пациентов. Среди пациентов было 17 мужчин и 3 женщины. Средний возраст составил $65,3 \pm 0,5$ лет. В результате ангиографического исследования у пациентов выявились гемодинамически значимые атеросклеротические поражения в 6 сосудистых сегментах: подвздошно-бедренном — у 10 пациентов, бедренно-подколенном сегменте — у 3 больных, аневризма инфраренального отдела аорты — у 2 обследованных, почечной артерии — в 1 случае, сонных артерий — у 3 человек, а также дистального шунто-артериального анастомоза — у 1 пациента. У 17 пациентов отмечалась сопутствующая патология: ИБС. У одного пациента — СД 2 типа.

Рентгеноэндоваскулярные вмешательства включали выполнение трех типов операций: 1) эндопротезирование (3 наблюдения); 2) баллонной ангиопластики и стентирования (у 15 пациентов); 3) реканализации, баллонной ангиопластики и стентирования (у 2 больных). Эндопротезирование производилось в брюшном отделе аорты (3 случая). Баллонная ангиопластика включала манипуляции в устье левой почечной артерии (у 1 пациента), в общих подвздошных артериях (у 6 пациентов), в левой наружной подвздошной артерии — у 3, в правой поверхностной бедренной артерии (1 пациент), в правой внутренней сонной артерии (2 пациента), в области дистального шунто-артериального анастомоза (1 пациент), в правой общей сонной артерии (1 пациент). Реканализация, баллонная ангиопластика и стентирование осуществлялись в левой поверхностной бедренной артерии (1 случай) и в левом бедренно-подколенном сегменте (1 наблюдение). Все операции проводились под местной анестезией через бедренный (15 пациентов), или подмышечный доступы (5 человек). Использовались стенты Chopin 2 Balton — в 5 случаях, AMPHIRION DEEP (INVATEC) — у 2 пациентов, Jaguar (BALTON) — у 2 больных, Neptun (BALTON) — в 3 наблюдениях, Cristallo Ideale (INVATEC) — у 4 обследованных, RxRacer (Medtronic) — в 1 случае, а так же эндопротезы GORE (EXCLUDER) — у 3 пациентов.

Результаты исследования

Интраоперационных осложнений отмечено не было. Оптимальный непосредственный ангиографический результат был достигнут у 17 больных. В 3 случаях осуществить рентгеноэндоваскулярную реконструкцию артерий (поверхностной бедренной и передней большеберцовой артерии) не удалось из-за выраженного атерокальциноза и плохого состояния дистального артериального русла. Клинически улучшение кровообращения в реконструируемом сегменте артериального русла отметили 17 человек. У 3 больных с неудавшимся рентгеноэндоваскулярным вмешательством ухудшения кровообращения в соответствующей нижней конечности не наблюдалось. Все пациенты были выписаны на амбулаторное лечение на 11–12 сутки послеоперационного периода.

Выводы

Таким образом, рентгеноэндоваскулярные вмешательства можно считать методом выбора для лечения аневризматических поражений аорты у больных с тяжелой сопутствующей патологией, а также для лечения непротяженных стенотических поражений периферических артерий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сердечно-сосудистая хирургия / под общ. ред. В. И. Бураковского, Л. Бокерия. — М.: Медицина, 1989. — С. 751.
2. Островский, Ю. П. Хирургия сердца / Ю. П. Островский. — М.: Мед. лит., 2007. — С. 117–248.
3. Endovascular intervention for vascular disease (Principles and practice) / M. T. Matt [et al.]. // Informa-healthcare USA, Inc. — New York, 2008. — 596 p.
4. Stents in the treatment of iliac artery occlusions / L. Van Walraven [et al.]. // International Journal of Angiology. — 2000. — Vol. 9. — P. 232–235.

УДК 159.931/. 936 – 056.22:613.13

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ САМОЧУВСТВИЯ, АКТИВНОСТИ И НАСТРОЕНИЯ СТУДЕНТОВ ДО И ПОСЛЕ ПЕРЕХОДА НА ЛЕНЕЕ ВРЕМЯ

Полторан А. В., Крупейченко Е. О.

**Научные руководители: старший преподаватель Е. М. Бутенкова,
ассистент С. Н. Боброва**

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

В последние годы в нашей Республике в экономических целях производится перевод времени. Это приводит к изменению естественного суточного биологического ритма организма людей, что у некоторых лиц может вызвать состояние дезадаптации [1]. Изучение циркадных ритмов у людей, не занимающихся спортом при умственных нагрузках, утомлении, которое было диагностировано у большинства учеников в конце учебного года, показало, что переход с «зимнего» на «летнее» время сопровождается десинхронизацией функций. Процесс адаптации к новому времени в таких условиях удлиняется. [2]. Установлено, что учебное утомление повышает чувствительность к специфическим десинхронизирующим влияниям [2].

Цель исследования

Провести сравнительный анализ самочувствия, активности и настроения студентов I курса Гомельского государственного медицинского университета до и после перехода на летнее время.

Материалы и методы исследования

Было обследовано 188 (145 — девушек, 43 — юношей) студентов I курса Гомельского государственного медицинского университета методом анкетирования. Анкета включала в себя 30 вопросов, которые были объединены в группы: самочувствие, активность и настроение (САН). Студенты осуществляли субъективную оценку показателей САН по семи балльной шкале. При анализе полученных данных вычисляли средний балл САН, а также средние баллы по каждой группе показателей (самочувствию, активности и настроению) для каждого студента и всей выборки. Анкетирование осуществляли до перехода на летнее время (в марте 2008 г.) и после перехода (в апреле 2008 г.).

Результаты исследования

Проведенное исследование показало, что субъективная оценка студентами САН была различной и колебалась от 1 до 6,9 баллов. Средний показатель САН до перевода времени составил 4,63 баллов, а после перевода времени — 4,78 баллов, — достоверного изменения этого показателя не произошло ($p > 0,05$). При этом следует отметить, что у отдельных студентов изменение САН происходило по-разному. После перевода времени у 85 из 188 студентов (45,2 %) САН ухудшился. У 100 (53,2 %) студентов — улучшился. По всей видимости, это было связано с развитием у них неспецифических адаптационных реакций разных типов (тренировки, активации, переактивации, стресса, ареактивности) [3]. Переводу вызывают 25 (13,3 %) студентов, у которых произошло существенное ухудшение самочувствия (на 1–2,7 баллов), а также 59 (31,4 %) студентов, у которых произошло снижение всех показателей САН (самочувствия, активности и настроения), предположительно вызванное переводом времени. Ухудшение показателей САН студентов, с одной стороны, может быть проявлением состояния дезадаптации в результате нарушения суточного ритма, а с другой стороны — может быть вызвано и другими причинами. При этом необходимо учитывать, что у некоторых студентов показатель САН был сильно занижен после перевода времени (показатель САН ухудшился на 0,9–2,0 балла).

1. После перехода на летнее время достоверных изменений суммарного показателя САН по всей выборке выявлено не было ($p > 0,05$).

2. После перехода на летнее время у 25 (13,3 %) студентов произошло существенное

ухудшение самочувствия (на 1–2,7 баллов), у 59 (31,4 %) студентов произошло снижение всех показателей САН (самочувствия, активности и настроения), что указывает на существование группы «врежачувствительных» студентов (группа риска) и требует особого внимания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лэмберг, Л. Ритмы тела: здоровье человека и его биологические часы / Л. Лэмберг. — М.: Вече, 1998.
2. Доксин, В. А. Биологические ритмы растущего организма / В. А. Доксин, Н. Н. Куинджи. — М.: Медицина, 1989. — 224 с.
3. Гаркави, Л. Х. Адаптационные реакции и резистентность организма / Л. Х. Гаркави, Е. Б. Квакина, М. А. Уколова. — Ростов н/Д: Изд-во Ростовского университета, 1990. — 224 с.

УДК 618.4

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПУТЕМ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДОВ

Польская Е. В., Мархач Т. Н.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. А. Эйныш

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Частота кесарева сечения (КС) составляет от 10 до 35% [1]. Увеличение частоты этой операции повышает материнскую заболеваемость и не всегда устраняет заболевания плода [2].

Цель

Выявить особенности течения беременности, родов, послеродового периода и состояния новорожденных в периоде ранней неонатальной адаптации у пациенток, родоразрешенных путем операции КС.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ данных 132 историй родов и новорожденных в УЗ «ГТКБ № 2», «ГТКБ № 3», родильного отделения УЗ «ГТКБ». Группу 0 составила 31 пациентка с физиологическими родами, группу 1 — 30 пациенток с первым КС, группу 2 — 56 пациенток со вторым КС, группу 3 — 15 пациенток с третьим КС. Вычислены медианы (Me) и интерквартильные размахи (25 и 75 %), доля (P) и доверительный интервал доли (ДИ). Сравнение двух групп проводили с использованием критерия Манна-Уитни (U), точного критерия Фишера (p) и критерия χ^2 с поправкой Бонферонни для множественных сравнений. Статистически значимыми считали результаты при уровне $p < 0,05$. *Результаты и обсуждения*

Статистически значимо чаще фоновые заболевания шейки матки (ФЗШМ) в анамнезе встречались в 0 гр. ($\chi^2_{0-1} = 7,2$, $p = 0,04$, $\chi^2_{0-2} = 10,2$, $p = 0,008$, $\chi^2_{0-3} = 6,7$, $p = 0,05$), что может быть связано с преобладанием в данной группе повторнородящих с разрывами шейки матки при первых родах. Во время беременности у пациенток 0 гр. чаще встречался вагинит ($\chi^2_{0-2} = 11,2$, $p = 0,01$), что может быть связано с более тщательной санацией влагалища у пациенток с предстоящей операцией КС. Выявлены статистически значимые различия по частоте экстренных и плановых операций КС ($\chi^2_{1-2} = 20,8$, $p = 0,0001$, $\chi^2_{1-3} = 6,7$, $p = 0,006$), виду лапаротомии ($\chi^2_{1-2} = 20,8$, $p = 0,0001$, $\chi^2_{1-3} = 6,7$, $p = 0,006$). Несмотря на то, что у большинства пациенток 1 гр. преобладала экстренная операция КС, разрез передней брюшной стенки выполнялся по Пфанненштилю, а у пациенток 2 и 3 гр., где преобладали плановые операции, КС выполнялось путем нижнесрединной лапаротомии. Это связано с тем, что у 80,0 % пациенток перерыв между 1 и 2 КС был более 10 лет, когда КС выполнялось, преимущественно, путем нижнесрединной лапаротомии. Частота эндотрахеального наркоза (ЭТН) составила в 1 гр. 93,3 % (ДИ 77,9–99,2), во 2 гр. — 96,4 % (ДИ 87,7–99,6), в 3 гр. — 80,0 % (ДИ 51,9–95,7), в остальных

случаях использовалась спинномозговая анестезия (СМА). Частота стерилизации статистически значимо выше была у пациенток 3 гр. ($p_{1-3} = 0,25$, $p = 0,0003$, $\chi^2_{2-3} = 10,4$, $p = 0,003$). Максимальная продолжительность операции также наблюдалась в 3 гр. (75 мин) у пациентки с выраженным спаечным процессом брюшной полости. Медиана кровопотери у женщин 0 гр. составила 200 мл, 1 гр. и 2 гр. — 700 мл, у женщин 3 гр. — 600 мл ($U_{0-1} = -6,8$, $p = 0,0001$, $U_{0-2} = -7,7$, $p = 0,0001$, $U_{0-3} = -5,4$, $p = 0,0001$). Среди интраоперационных осложнений у одной пациентки 3 гр. было ранение петли тонкой кишки, в послеоперационном периоде у нее наблюдалась субинволюция матки и гематометра. Среди осложнений послеоперационного периода преобладала анемия, статистически значимо чаще наблюдавшаяся в 3 группе ($\chi^2_{0-3} = 10,4$, $p = 0,002$). Патология новорожденных в раннем неонатальном периоде в 2,6 раза чаще наблюдалась у детей, родившихся путем КС. В ее структуре преобладали респираторный дистресс-синдром (РДС) — 29,4 %, синдром церебральной депрессии (СЦД) — 23,4 %, что может быть связано с более ранними сроками родоразрешения пациенток путем операции КС и с действием ЭТН. У двоих новорожденных (11,8 %) были родовые травмы (кефалогематома и перелом ключицы).

Выводы

1. У пациенток с рубцом на матке реже встречались ФЗШМ в анамнезе ($\chi^2_{0-1} = 7,2$, $p = 0,04$, $\chi^2_{0-2} = 10,2$, $p = 0,008$, $\chi^2_{0-3} = 6,7$, $p = 0,05$) и вагинит во время беременности ($\chi^2_{0-2} = 11,2$, $p = 0,01$).

2. Первое КС чаще выполнялось по экстренным показаниям ($\chi^2_{1-2} = 20,8$, $p = 0,0001$, $\chi^2_{1-3} = 6,7$, $p = 0,006$) доступом по Пфанненштилю ($p_{1-2} = 0,07$, $p = 0,002$, $p_{1-3} = 0,13$, $p = 0,03$). Кровопотеря при КС была статистически значимо выше по сравнению с физиологическими родами ($U_{0-1} = -6,8$, $p = 0,0001$, $U_{0-2} = -7,7$, $p = 0,0001$, $U_{0-3} = -5,4$, $p = 0,0001$). В послеоперационном периоде чаще диагностировали анемию, субинволюцию матки у пациенток 3 группы ($\chi^2_{0-3} = 10,4$, $p = 0,002$). Спаечный процесс брюшной полости при втором КС обнаружен у 23,2 %, а при третьем — у 33,3 % пациенток. У 1 пациентки 3 гр. во время операции отмечалось ранение петли тонкой кишки.

4. Патология периода ранней неонатальной адаптации у новорожденных после КС встречалась в 2,6 раз чаще, по сравнению с физиологическими родами, и была представлена РДС (29,4 %), СЦД (23,4 %), родовыми травмами (11,8 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Савельева, Г. М. Кесарево сечение и его роль в современном акушерстве / Г. М. Савельева // Акушерство и гинекология. — 2008. — № 3. — С. 10–15.
2. Стрижаков, А. Н. Кесарево сечение в современном акушерстве / А. Н. Стрижаков, В. А. Лебедев. — М.: Медицина, 1998. — 245 с.

УДК 616.72-002.772-073.75

РЕНТГЕНОСЕМИОТИКА РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Помазанский С. В.

**Научный руководитель: ассистент каф. онкологии
с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии Г. Л. Былинская**

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

На сегодняшний день ревматоидный артрит — одна из самых распространенных болезней, поражающих суставы, зачастую рано приводящая к инвалидизации.

Для нее характерно многолетнее, постоянное поддержание активности воспаления, постепенное разрушение структур суставов и поражение околосуставных и неко-

торых других тканей и систем организма.

Распространенность ревматоидного артрита среди населения составляет 1 %. В то время как у женщин ревматоидный артрит встречается в два, три раза чаще, чем у мужчин, у последних отмечается более острое протекание болезни. Обычно заболевание начинает развиваться в среднем возрасте, хотя первые признаки могут наблюдаться также у детей и у пожилых людей.

Тема ревматоидного артрита на сегодняшний день является актуальной, т.к. отмечена тенденция роста данного заболевания среди лиц молодого возраста. Пик начала заболевания приходится на возраст 30–35 лет.

Цель исследования

Изучить рентгенологические симптомы ревматоидного артрита, установить их диагностическую значимость.

Материалы и методы

Нами было проанализировано 30 рентгенограмм кистей больных, находившихся на стационарном лечении в ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 1» во втором полугодии 2008 г. При анализе рентгенограмм учитывались: пол, возраст больных, группа инвалидности.

Результаты и обсуждение

Исследуемую группу составили 30 больных (мужчин — 6 (20 %), женщин — 24 (80 %)). Преобладающее большинство больных в данной группе — лица среднего возраста от 45 до 59 лет. Не встречались лица моложе 20 лет и старше 80 лет. 63,3 % из них имеют группу инвалидности.

У 28 (93,3 %) больных отмечается симметричное поражение суставов, что является характерным признаком ревматоидного артрита, и лишь у 2 (6,7 %) — несимметричное поражение. У всех больных (100 %) имеется околосуставной остеопороз и сужение суставной щели разной степени выраженности: умеренное — у 14 (46,7 %) больных, выраженное — у 8 (26,7 %), а у 8 (26,7 %) больных уже наблюдается эрозия костной ткани. У 25 (83,3 %) больных наблюдаются множественные кистовидные просветления костной ткани, у 4 (13,3 %) — единичные кисты, а у 1 (3,3 %) больного кисты не визуализируются. У 10 (33,3 %) больных из исследуемой группы не встречались эрозии костной ткани, в то время как у остальных встречались: от 1 до 5 — у 12 (40 %) больных, от 5 до 10 — у 9 (30 %), более 10 эрозий — у 6 (20 %) больных. Обращает на себя внимание то, что у половины больных (50 %) были отмечены костные деформации, а у половины нет.

У 11 (36,7 %) больных суставами-мишенями для ревматоидного артрита являются 1,2 пястно-фаланговые, у 5 (16,6 %) больных — лучезапястные, у 2 (6,6 %) — межзапястные суставы, у 4 (13,3 %) — одновременно межзапястные и лучезапястные, а у 8 (26,6 %) — пястно-фаланговые, межзапястные и лучезапястные. Множественное поражение суставов отмечается у 28 (93,3 %) больных.

Выводы

1. Чаще всего, ревматоидным артритом болеют люди среднего возраста от 45 до 59 лет.
2. Женщины болеют, чаще, чем мужчины (соотношение мужчин и женщин составило 1:4).
3. Рентгенологическая картина заболевания характеризуется симметричностью поражения суставов, околосуставным остеопорозом, сужением суставной щели, кистами, эрозиями костной ткани, что является очень важным для постановки диагноза. По результатам исследования рентгенограмм наиболее частыми суставами-мишенями для ревматоидного артрита являются пястно-фаланговые, по количеству пораженных суставов — множественное поражение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Смирнов, А. В. Атлас рентгенологической диагностики ревматоидного артрита / А. В. Смирнов. — М.: ИМА-ПИРЕСС, 2009. — 58 с.
2. Клиническая рентгенодиагностика (руководство). Т. 3: Рентгенодиагностика повреждений и заболеваний костей и суставов / под ред. Г. А. Задгенидзе // АМН СССР. — М.: Медицина, 1984. — 464 с.
3. Кац, Д. С. Секреты рентгенологии / С. Д. Кац, Р. К. Мас, С. А. Гроскин / пер. с англ. — М.-СПб.: Диалект, 2003. — 704 с.

УДК 612.821.33+612.821.8]:616-053.5(476.2)

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ И СЕНСОМОТОРНОЙ РЕАКТИВНОСТИ ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ Г. ГОМЕЛЯ

Попкова М. В., Щучко А. А.

**Научный руководитель: к.б.н., доцент
кафедры нормальной физиологии Н. И. Штаненко**

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Здоровье студентов и школьников, в частности их эмоциональное, физическое состояние явилось предметом исследования ряда авторов [1].

Студенты медицинского ВУЗа представляют особую социальную группу людей, которые характеризуются определенной возрастной категорией и особыми условиями умственного труда и быта. Повышенные учебные и эмоциональные нагрузки могут приводить к нарушению механизмов адаптации. Особенно напряженным является предсессионное время, когда максимально возрастают учебные нагрузки.

Одним из основных показателей психоэмоционального состояния является уровень тревожности людей. У каждого человека различная степень тревожности, в которой выделяю 2 составляющие: личностная (ЛТ) и ситуативная тревожности (СТ). Уровень тревожности зависит от многих обстоятельств, которые прямо или косвенно влияют на состояние ЦНС. О функциональном состоянии высших отделов ЦНС, обеспечивающих элементарный уровень психической деятельности детей и их адаптационные способности к условиям окружающей среды можно судить по продолжительности латентного периода сенсомоторной реактивности.

Целью

Исследование сенсомоторной реактивности и уровня тревожности школьников и студентов в период повышенных учебных нагрузок, проживающих в зоне радиоэкологического загрязнения.

Материалы и методы

Обследовано 50 человек в возрасте 14–22 лет, из которых 25 мальчиков и 25 девочек. Данная группа людей была разделена на две подгруппы: подгруппа школьников — ученики 9 класса средней школы № 56 г. Гомеля, и подгруппа студентов второго курса Гомельского государственного медицинского университета. Обследование проводилось в декабре, на этот момент исследования школьники находились в период повышенных учебных нагрузок — конец второй четверти, а студенты — в период сдачи зачетов и подготовки к зимней сессии.

Функциональное состояние ЦНС и элементарный уровень психической деятельности школьников и студентов оценивались по продолжительности латентного периода сенсомоторной реакции (ЛПСМР) на световой и звуковой раздражители, который отражает сенсомоторную реактивность (СМР). Измерение ЛПСМР производили при помощи прибора «Барьер» с применением световой и звуковой стимуляции. Для оценки степени тревожности использовалось анкетирование по методике Ч. Д. Спилберга.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенных исследований было установлено, что среди лиц мужского пола, как школьников, так и студентов большинство имеет умеренный уровень

личностной (68 %) и ситуативной (64 %) тревожностей. Высокий уровень ЛТ выявлен у 20 %, СТ — 12 %. Остальные индивиды имеют низкий уровень тревожности. Что касается лиц женского пола 14–22 лет, то большинство из них имеет высокий уровень ЛТ и СТ (70 и 65 % соответственно), а с умеренным уровнем тревожности приблизительно в 2 раза меньше, чем среди лиц мужского пола.

Сравнительный анализ тревожности школьников и студентов показал, что среди школьников большой процент (50 %) лиц с высоким уровнем тревожности, но также присутствует достаточное количество человек с низким (21,4 %) и умеренным (28,6 %) уровнями ЛТ. Аналогичное количество лиц с высокой степенью тревожности и среди студентов. Однако всего лишь 2,8 % студентов имеют низкий уровень ЛТ.

Анализ сенсомоторной реактивности не выявил половых различий. Но были выявлены отличия СМР на свет и СМР на звук. Пониженная реактивность на свет имела у 60 % исследуемых школьников и студентов, а с повышенной реактивности не было и вовсе. Изучив СМР на звук, оказалось, что большинство (62 %) имеют нормальную реактивность и также присутствуют лица с повышенной реактивностью (4 %).

Заключение

Сравнительный анализ показал, что из-за высокой степени напряженности труда у студентов возрастает уровень тревожности. Результаты исследования могут быть использованы для равномерного распределения учебных нагрузок, контроля за состоянием нервной системы людей, особенно подростков, у которых НС еще не сформировалась полностью, и для разработки лечебно-оздоровительных мероприятий, направленных на укрепление их здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Куеня, А. И., Кириченко О. В. // Физиология человека. — 2001. — Т. 27, № 2. — С. 98–103.
2. Карганов, М. Ю., Комаров Г. Д., Кучма В. Р. // Современная экспресс-диагностика психомоторной деятельности детей и подростков. — 2001. — С. 244–267.
3. Спилберг, Ч. Д., Ханин Ю. Л. // Тревожность как свойство личности. — 2001. — С. 53–59.

УДК: 614.254:2

ТРУД ВРАЧА С БОЖЬЕЙ ПОМОЩЬЮ

Потапова И. И.

**Научный руководитель: ассистент кафедры внутренних болезней № 2
с курсом эндокринологии О. Н. Кононова**

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

В древности говорили, что врачебное искусство держится на трех «китах»: нож, целебная трава и слово. Нож — прообраз хирургии, целебная трава — собирательный образ лекарственных форм, а под словом понимается живое, душевное отношение врача к больному. Воздействие врача на больного должно быть не просто словесным, а, прежде всего, духовным. Ибо если за словами ложь, то и пользы никакой не будет. Нельзя облегчить душевное бремя другого человека, не имея собственных духовных ценностей. Врач может иметь докторскую степень, звание профессора или академика, однако это не меняет сути, если вера Христова для него лишь пустой звук. Его усилия не дадут душе нужного ориентира. Верующий же врач, милостью Божией будет мудрее и искуснее врача-атеиста, полагающегося только на свои силы. Божий же покров всегда пребудет там, где царят любовь и молитва. Врачи — это уникальные люди. Он как бы говорит больным не «дайте нам», а «возьмите у нас». Каждый прием пациента — это прием чужой боли и горя. Кажется, где же взять столько душевных сил, чтобы каждый раз при встрече с пациентами сопереживать им, стараться искренне помочь, помочь так,

как бы Вы хотели, чтобы помогли Вам. Ответ прост: силы дает Господь, любовь к своему делу, результаты работы и, конечно же, молитва. Работа врача заключается не только в лечении недугов, но и в утешения страждущих. Ведь болезнь — это неизбежность боли и страданий, смерть для пациента вдруг обретает черты необыкновенной определенности. Чем длительнее срок госпитализации, тем более проступают в характере больного черты детскости: обидчивость, недержание эмоций, эгоизм, жажда утешения. Порой у пациента возникает чувство бездны, разверзшейся под ногами. Поэтому, больной должен слышать от врача, что он не одинок, что страдания его имеют смысл, что ему открываются источники самопознания и мужества. Больные часто задают вопрос: «За что я страдаю?». Правильнее было бы спросить: «Для чего?» Болезнь — это время самопроверки, время размышлений, время покаяния. Как говорил Экклезиаст: «Во дни благополучия пользуйся благом, а в дни несчастья рассуждай». Будем же помнить, что все от Бога: и болезнь, и здоровье. А все, что от Бога, то нам во благо. Посему не будем унывать. Ведь как тяжело лечить печального, павшего духом человека. Поэтому, наряду с медицинским пособием надлежит очистить душу от греха покаянием: вспомнить свою жизнь, свои грехи и неправды, искренне простить своих обидчиков и попросить прощения у всех обиженных. Ропот же, протест, озлобленность на всех и вся разоряют внутренний мир, усугубляют страдания, а главное — умаляют или уничтожают тот духовный плод, ради которого они посылались. Плод этот — наше спасение. Но осознать это порой мешают маловерие, малодушие, беспечное отношение к себе. Поэтому, врачу не стоит отчаиваться, если больной, не внял его словам, возможно, зерно, которое упало в душу больного, со временем взойдет, и он в точности повторит другому страдающему Ваши слова. «Сейте на плодородной почве, сейте и на песке, сейте и на камне: где-нибудь да прорастет семя во славу Божию» — говорил Серафим Саровский. Медицина, вообще, удел не из легких, наверное, одна из самых трудных профессий. В любое время, ночью днем, врач должен быть готов оказать срочную помощь тяжело больному. Медицинская специальность, как и любая другая, накладывает отпечаток на личность человека. Происходит «профессиональная деформация», многие из врачей становятся скептиками и рационалистами: смерть становится в какой-то степени привычной, и не ставится в ряд философских проблем, чувство власти над пациентом почти неизбежно подсознательно культивирует в душе гордость. Симптомами данной страсти являются: нетерпимость к коллегам, начальству, категоричность мнений, желание во что бы то ни стало настаивать на своем. «Деформации» эти несут в себе страдания, обусловленные во многом той огромной ответственностью, которая, сознательно ложится тяжким грузом на душу врача. Врачевание — это настоящее подвижничество; по сути, это — жертвенное служение ближнему. Но, подлинный смысл жертвы и подвига раскрываются, когда они совершаются Христа ради. Врач, осознающий себя приставником к Божию делу, орудием Промысла Творца мира, должен был бы свое нелегкое дело начинать и оканчивать молитвой. В начале предстоящего труда следовало бы просить себе разумения и помощи свыше, а своему пациенту — покрова Божиего милосердия, обоим же — Господнего благословения, непременно добавляя: «Да будет Воля Твоя». Врач обязан трудиться максимально добросовестно, но результаты своих трудов всегда относить к Богу. Это снимает с души ответственность за то, что не во власти человека. Радует, что сейчас по милости Божией воссоздаются и освещаются больничные храмы. В глазах больных людей появляются искры веры и надежды. В душах водворяются отрада и утешение. Хочется верить, что Господь даст нам время и силы, чтобы покаяться и исправиться...

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеев, Д. А. Размышления православного врача / Д. А. Авдеев. — 2-е изд., доп. и перераб. — М.: «МБЦ прп. Серафима Саровского», «Омега», 2008.
2. Сергей Бейлинов, О. Священник, врач, пациент / О. Сергей Бейлинов. — Издательство «Сатись», 2002.

УДК: 616.378-008.64.7

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОРБЕНТОВ НА ОСНОВЕ МЕЛКОДИСПЕРСНОГО

КРЕМНЕЗЕМА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Приступюк М. А.

Научный руководитель: профессор Б. Г. Безродный

Учреждение образования

«Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца»
г. Киев, Украина

Введение

Синдром диабетической стопы является одним из грозных хронических осложнений сахарного диабета. Каждые 10 секунд в мире производится ампутация нижних конечностей, обусловленная сахарным диабетом.

Цель исследования

Изучить лечебное влияние силикатных сорбентов на язвенно-некротические проявления синдрома диабетической стопы.

Материалы и методы исследования

Силикс — лечебный препарат на основе кремнезема (SiO_2), обладает значительной сорбционной активностью относительно белков, микроорганизмов и токсинов. Вследствие осмотической активности силикс поглощает раневой экссудат, а также связывает на своей поверхности микроорганизмы и продукты распада тканей. Уменьшается активность гнойно-воспалительного процесса, интоксикация, рана быстрее заживает. С целью усиления гидрофильности сорбента, его антимикробной активности создана лекарственная форма — препарат Метроксан. Он содержит в своем составе полиметилоксан, декаметоксин, метронидазол. Препарат обладает гидрофобной способностью, благодаря чему легко прилипает к раневой поверхности и сорбирует на себе токсины и микроорганизмы. Последние гибнут под воздействием антибиотических составляющих препарата. Благодаря дренажным свойствам препарата рана очищается от некротических тканей, бактерий и токсинов на 2–3 сутки от начала лечения Метроксином. **Методика использования.** Промывание ран суспензией Метроксана на физиологическом растворе натрия хлорида или антисептиков, аппликация препарата на рану слоем толщиной 5 мм. Сверху накладывается стерильная марлевая повязка. При значительной экссудации перевязки производят дважды в сутки. По мере уменьшения экссудации пациента перевязывают раз в сутки.

Проведено лечение 31 больного с нейро-трофическими язвами стоп, 12 больных сахарным диабетом 1 типа и 19 — 2 типом заболевания, в условиях стационара и амбулаторно. Заживление ран происходило на 5–6 дней ранее, чем без использования Метроксана.

1. Использование сорбентов на основе мелкодисперсного оксида кремния, а также комплексных препаратов с антимикробным действием ускоряет очищение ран и язв у больных с синдромом диабетической стопы.

2. Препараты не вызывают раздражения и аллергических реакций.

3. Аппликации силикатных сорбентов и комплексных антимикробных препаратов на их основе могут быть использованы в амбулаторных условиях.

УДК 612.122.1+664+616-003.725-092.4]:637.12

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТОВ «АНТИКЕТ» И «ФЕРРОЦИН» НА СОДЕРЖАНИЕ ГЛЮКОЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЛАКТИРУЮЩИХ КОРОВ

Провалинский А. В.

Научный руководитель к.б.н., доцент А. Н. Коваль

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

В организме человека и животных глюкоза является основным и наиболее универсальным источником энергии для обеспечения метаболических процессов.

В частности, в кормлении дойных коров одним из лимитирующих факторов молочной продуктивности является дефицит в рационе легкоусвояемых углеводов (сахаров), который составляет 35–40 %. При недостатке в рационе сахаров нарушаются обменные процессы, плохо развивается микрофлора рубца, в результате чего, снижается перевариваемость клетчатки и других питательных веществ, наблюдается дефицит в организме обменной энергии. Затраты корма на производство продукции возрастают, а продуктивность животных не повышается [0, 0].

Целью исследования является изучение влияния препарата «Антикет» (брикет кормовой углеводно-протеино-минерально-витаминный антикетозный) и сорбента «Ферроцина» на концентрацию глюкозы в сыворотке крови лактирующих коров.

Материалы и методы

Эксперимент проводился на коровах черно-пестрой породы хозяйства СПК «Дубовый Лог» Добрушского района. Животные были распределены на контрольную группу и 4 экспериментальные, по 5 голов в каждую. Экспериментальным животным вводили препараты «Антикет» в количестве по 0,5 кг на голову и «Ферроцин» в следующих дозах: I группа — только «Антикет»; II группа — «Антикет» + 0,6 % «Ферроцина»; III группа — «Антикет» + 0,8 % «Ферроцина»; IV группа — «Антикет» + 1,2 % «Ферроцина». Закорм животных осуществлялся сотрудниками Института Радиологии РНИУП МЧС. Определение содержания глюкозы в сыворотке крови животных проводился гексокиназным методом при помощи набора реагентов «Клинико-химический анализатор» (ООО «Биохимик») обработку данных производили с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни с помощью программы «Statistica» 6.0.

Результаты и обсуждение

Проведенные исследования показывают, что в сыворотке крови экспериментальных животных содержание глюкозы возросло относительно контрольной группы в среднем на 0,45 ммоль/л. Наибольшее повышение отмечалось во II группе, где средний прирост составил 0,6 ммоль/л. Однако, эти изменения носили характер тенденции (таблица 1).

Таблица 1 — Показатели содержания глюкозы в сыворотке крови лактирующих коров

Группы	Дата взятия	
	20.11.2009	26.11.2009
Контроль	2,67 ± 0,01	2,82 ± 0,08
I	2,91 ± 0,09	2,86 ± 0,08
II	3,66 ± 0,28	3,05 ± 0,15
III	3,34 ± 0,04	3,24 ± 0,14
IV	3,07 ± 0,07	3,32 ± 0,13

Примечание. Уровень значимости: $p < 0,05$

Выводы

Введение в рацион лактирующих коров препарата «Антикет» с «Ферроцином» существенно не изменяет уровень глюкозы в крови коров, имея тенденцию к нормализации этого показателя.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ветеринарно-санитарная экспертиза с основами технологии переработки продуктов животноводства / Х. С. Горегляд [и др.], под ред. Х. С. Горегляда. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Колос, 1981.
2. Коваленко, Л. И. Радиометрический ветеринарно-санитарный контроль кормов, животных и продуктов животноводства / Л. И. Коваленко. — Киев: Урожай, 1987.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ МАНИФЕСТАЦИИ РИНИТА БЕРЕМЕННЫХ

Прохорович Е. П.

Научный руководитель: доцент Ж. А. Терещенко

Учреждение образования

«Национальный медицинский университет им. О. О. Богомольца»

г. Киев, Украина

Ринит беременных (РБ) становится все более актуальной проблемой по причине возрастающей распространенности среди беременных, что значительно ухудшает качество жизни беременных женщин. РБ развивается у 5–32 % беременных женщин [2].

Существует несколько теорий возникновения РБ. Одна из которых обусловлена генерализованным увеличением объема интерстициальной жидкости, что наблюдается во время беременности, также распространяется и на слизистую оболочку полости носа, в результате действия эстрогенов происходит увеличение васкуляризации и слизистого отека. Результаты электронмикрографических и гистохимических исследований, выполненных Н. Torpozada (1982) на респираторном эпителии беременных женщин, позволили предположить, что состояние заложенности носа обусловлено гиперактивностью парасимпатической нервной системы, ведущей к усилению glandулярной секреции и полнокровию. Гиперактивность парасимпатической системы может быть аллергическим ответом на плацентарный протеин, протеины плода или собственные белки. РБ развивается в конце первого триместра беременности и длится до родов или же сохраняются несколько недель после родов. Клинически РБ манифестируется затруднением носового дыхания, ринореей, образованием корок в носовой полости, нарушением дыхания во время сна, чиханием, нарушением обоняния, тяжестью и головной болью, сухостью в носу и глотке, недомоганием, а иногда субфебрильной температурой. Нашей задачей было изучить симптомы, которые наиболее часто встречаются при РБ.

Было обследовано 60 беременных женщин в возрасте от 18 до 33 лет (средний возраст $24,5 \pm 0,7$ лет), из которых у 20 обнаружены клинические проявления РБ. Был проведен опрос, наблюдение, объективное обследование беременных женщин с РБ.

Симптомы разделены нами на местные (затруднение носового дыхания, ринорея, образование корок в носовой полости, чихание, нарушение обоняния, тяжесть и головная боль, сухость в носу и глотке, слезотечение, покраснение и припухлость у входа в нос) и общие (недомогание, субфебрильная температура, нарушение дыхания во время сна).

Количественно полученные данные отображает таблица 1.

Таблица 1 — Симптомы беременных женщин с наличием ринита беременных

Симптомы		Количество случаев(%)
1. Местные	❖ Затруднение носового дыхания	100
	❖ ринорея:	50
	— слизистое отделяемое	50
	— количество отделяемого из носа:	
	— обильное	10
	— скудное	40
	❖ образование корок в носовой полости	70
	❖ нарушение обоняния	100
2. Общие	— гипоосмия	75
	— anosmia	25
	❖ сухость в носу и глотке	50
	❖ тяжесть и головная боль	100
	❖ изменение дыхания во время сна (обструкция)	100
	❖ субфебрилитет	25
	❖ недомогание	90

В результате опроса, объективного обследования беременных женщин с наличием РБ обнаружено, что наиболее частыми из местных симптомов — затруднение носового дыхания, ринорея, нарушение обоняния, тяжесть и головная боль, сухость в носу и глотке, а из общих — недомогание, субфебрильная температура, нарушение дыхания во время сна.

ЛИТЕРАТУРА

1. The human respiratory nasal mucosa in pregnancy. An electron microscopic and histochemical study / U. Toppozada [et al.] // S. Laringol Otol. — 1982. — Vol. 96. — P. 37–44.
2. Зарицкая, И. С. Особенности медикаментозной терапии ЛОР-заболеваний во время беременности / И. С. Зарицкая // Ринология. — 2008. — № 2.
3. Дисаббаров, К. К. Особенности течения и лечения воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух у беременных / К. К. Дисаббаров, А. И. Муминов // Вестник отоларинголог. — 1993. — № 5–6.
4. Шехтман, М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М. М. Шехтман. — М.: Трида-Х, 2008.
5. Манн, В. Д. Симптомы лор-заболеваний во время беременности / В. Д. Манн // Российская ринология. — 1997. — № 3.

УДК 616.12 – 009.72 – 005.2/3 – 073.96

ПОКАЗАТЕЛЬ MPV У ПАЦИЕНТОВ С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Пучинская М. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. Ю. Почтавец

Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Проблема ишемической болезни сердца является чрезвычайно актуальной во всем мире в связи с высокой частотой данной патологии и высокой смертностью от нее. Постоянно изучаются различные факторы, способные влиять на течение заболевания и его прогноз. Одним из них является показатель среднего объема тромбоцита (mean platelet volume — MPV). Тромбоциты активно участвуют в развитии атеросклеротической бляшки и формировании тромба при ее повреждении [1, 2]. Было показано, что обычно тромбоциты с большим объемом являются более функционально активными и сильнее влияют на процессы атеротромбоза. Во многих исследованиях показано, что у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) и нестабильной стенокардией (НСт) MPV выше, чем у здоровых людей. Также показано, что высокий MPV является неблагоприятным прогностическим фактором в отношении наступления летального исхода у пациентов с ИМ и НСт [3, 4, 5].

Целью исследования было изучить значение показателя MPV у пациентов с прогрессирующей стенокардией и связь его с некоторыми показателями коагуляционной системы.

Материалы и методы

Изучены истории болезни 10 пациентов с прогрессирующей стенокардией (9 женщин, 1 мужчина; средний возраст 65,7 лет), проходивших лечение в 1 кардиологическом отделении 10 ГКБ Минска, у которых в день поступления или на следующий день определялись изучаемые параметры. Пациенты, у которых время между определением числа тромбоцитов и MPV и показателей коагулограммы было более 1 суток, в исследование не включались. Все пациенты имели сопутствующую артериальную гипертензию и у 2 (20 %) отмечался сопутствующий сахарный диабет. Пациентам проводилось стандартное обследование и лечение в соответствии с клиническим диагнозом. В исследовании учитывали число тромбоцитов и их средний объем, показатели коагулограммы (определены у 9 пациентов) — активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновый индекс (ПТИ), тромбиновое время (ТВ), содержание фибриногена. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы Excel.

По результатам проведенного исследования среднее число тромбоцитов составило $217,8 \pm 49,36 \times 10^9/\text{л}$, среднее значение MPV $8,316 \pm 0,991$ фл. Средние значения показате-

телей коагулограммы были следующие: АЧТВ $32,1 \pm 4,46$ с, ПТИ $1,0 \pm 0,1$, ТВ $18,94 \pm 2,419$ с, фибриноген $3,467 \pm 0,512$ г/л. Таким образом, средние значения показателей коагулограммы не выходили за пределы нормальных значений.

Также проводился корреляционный анализ для определения связи исследуемых параметров между собой (параметрический коэффициент корреляции Пирсона). При этом установлено наличие обратных корреляционных связей средней силы между числом тромбоцитов и MPV ($r = -0,488$), MPV и ПТИ ($r = -0,5$), корреляционные связи между MPV и АЧТВ, ТВ, содержанием фибриногена были слабыми. Таким образом, у исследованных нами пациентов отмечалась очень низкая связь между показателями тромбоцитарного и коагуляционного гемостаза.

Выводы

1. В исследованной группе пациентов с прогрессирующей стенокардией среднее число тромбоцитов составляло $217,8 \pm 49,36 \times 10^9$ /л, средний MPV — $8,316 \pm 0,991$ фл, средние значения показателей коагулограммы в пределах нормы.

2. Выявлено наличие обратных корреляционных связей средней силы между MPV и числом тромбоцитов, MPV и ПТИ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Davi, G. Platelet Activation and atherothrombosis / G. Davi, C. Patrono // New England Journal of Medicine. — 2007. — Vol. 357. — P. 2482–2494.
2. Platelets in Atherothrombosis: Lessons from Mouse Models / B. Nieswandt [et al.] // Journal of Thrombosis and Haemostasis. — 2005. — Vol. 3. — P. 1725–1736.
3. Significance of Platelet Volume Indices and Platelet Count in Ischaemic Heart Disease // M. P. Ranjith [et al.] // Clinical Pathology. — 2009. — Vol. 62. — P. 830–833.
4. Changes in Platelet Size and Count in Unstable Angina Compared to Stable Angina or Non-cardiac Chest Pain / L. Pizzulli [et al.] // European Heart Journal. — 1998. — Vol. 19. — P. 80–84.
5. Mean Platelet Volume as a Predictor of Cardiovascular Risk: a Systematic Review and Meta-analysis // S. G. Chu [et al.] // Journal of Thrombosis and Haemostasis. — 2010. — Vol. 8. — P. 148–156.

УДК 616.65 – 006.6 – 091 – 02:616.8 – 009. 17

СВЯЗЬ ЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРОВ АНДРОГЕНОВ И НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ В РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Пучинская М. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. А. Летковская

Учреждение образования

Белорусский государственный медицинский университет

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Рак предстательной железы (РПЖ) — самая частая злокачественная опухоль мужской половой системы. В Западной Европе он находится на втором месте в структуре онкологической заболеваемости у мужчин и по темпам прироста заболеваемости уступает лишь меланоме кожи. Поиск новых прогностических факторов, в том числе морфологических, при РПЖ является весьма актуальной задачей. РПЖ является гормонально зависимой опухолью, и рецепторы андрогенов (РА) опосредуют влияние на ткань простаты мужских половых гормонов в норме и при патологии [1, 2]. Нейроэндокринные клетки (НЭК) — особая популяция андрогеннечувствительных и андрогеннезависимых клеток, которые, как полагают, могут влиять на переход опухоли в гормонорефрактерное состояние [3, 4].

Целью работы была оценка особенностей экспрессии РА и НЭК в ткани РПЖ, связи этих показателей между собой, возможного их прогностического значения.

Материалы и методы

Ткань РПЖ получена от 104 пациентов с РПЖ при радикальной простатэктомии. Гистологические срезы окрашивались гематоксилином и эозином, и иммуногистохимически с использованием антител к РА и хромогранину А как маркеру НЭК. Статистиче-

ская обработка результатов проводилась с помощью программы Statistica 6.0.

Результаты исследования

Во всех изученных образцах отмечался гистологический тип опухоли — аденокарцинома предстательной железы. Степень дифференцировки опухоли определялась по системе Глисона. Экспрессия РА оценивалась полуколичественно. В зависимости от доли РА-позитивных клеток балльная характеристика была следующей: 1 балл — от 0 до 1/100 (0 %), 2 балла — от 1/100 до 1/10 (4,8 %), 3 балла — от 1/10 до 1/3 (6,7 %), 4 балла — от 1/3 до 2/3 (28,9 %), 5 баллов — от 2/3 до 1 (59,6 %). Также оценивалась интенсивность окрашивания: слабая (1 балл) — 10,6 %, умеренная (2 балла) — 64,4 %, сильная (3 балла) — 25,0 %. Затем для каждого образца вычислялась сумма полученных баллов. Она составляла 3 и 4 — по 2,88 %, 5 — 10,62 %, 6 — 25,0 %, 7 — 37,5 %, 8 — 22,12 %. Таким образом, в большинстве изученных образцов экспрессия РА наблюдалась в 2/3 — 1 всех клеток, а по сумме баллов наиболее многочисленными были образцы с суммой в 7 баллов. Количество НЭК оценивалось по числу хромогранин А-позитивных клеток на 1 см² опухоли, независимо от интенсивности окрашивания. Получены следующие результаты: отсутствие НЭК выявлено в 23,08 % случаев, менее 10 на 1 см² — 32,69 %, 11–50 в 25,96 %, 51–100 в 13,46 %, более 100 в 4,81 %. Отметим, что почти в четверти изученных образцов НЭК отсутствовали, а в 44,23 % случаев число их было более 10 на 1 см². Проведенный корреляционный анализ (тест Спирмена) показал наличие статистически достоверных ($p < 0,01$) корреляционных связей между экспрессией РА и НЭК ($r = -0,897$), РА и суммой Глисона ($r = -0,442$), НЭК и суммой Глисона ($r = 0,433$). Высокий отрицательный коэффициент корреляции между РА и НЭК, можно попытаться объяснить существующей гипотезой о возможности трансдифференцировки РА-позитивных андрогензависимых клеток в андрогеннезависимые клетки с фенотипом НЭК в процессе прогрессии опухоли. Анализ выживаемости по Каплану-Майеру (учитывались как неблагоприятные исходы наступление биохимического рецидива, появление отдаленных метастазов и смерть пациента) показал, что снижение экспрессии РА ниже 8 баллов и число НЭК 11 и более на 1 см² статистически достоверно ($p < 0,01$) увеличивают частоту наступления неблагоприятных исходов у пациентов после радикальной простатэктомии.

Выводы

1. В 59,6 % случаев РА экспрессированы более, чем в 2/3 клеток опухоли, однако, максимально возможная сумма баллов (8) могла быть выставлена лишь в 22,12 % образцов.
2. Более 10 НЭК на 1 см² выявлено в 55,77 % образцов.
3. Установлена сильная корреляционная связь между РА и НЭК, а также связи средней силы между суммой Глисона и РА, НЭК.
4. Снижение экспрессии РА и большое число НЭК в ткани РПЖ являются неблагоприятными прогностическими факторами у пациентов после радикальной простатэктомии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Heinlein, C. A. Androgen Receptor in Prostate Cancer / C. A. Heinlein, C. Chang. // Endocrine Reviews. — 2004. — Vol. 25. — P. 276–308.
2. Jenster, G. The role of the androgen receptor in the development and progression of prostate cancer / G. Jenster // Semin Oncol. — 1999. — Vol. 26. — P. 407–421.
3. Abrahamsson, P. A. Neuroendocrine cells in tumour growth of the prostate / P. A. Abrahamsson // Endocrine-Related Cancer. — 1999. — Vol. 6. — P. 503–519.
4. Neuroendocrine differentiation in human prostate tissue: is it detectable and treatable? / A. Sciarra [et al.] // BJU International. — 2003. — Vol. 91. — P. 438–445.

УДК 616. 37–002–089–083.2

ПРИМЕНЕНИЕ РАННЕГО ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА (ОДП)

Пшеничник В. Н., Видунов В. П., Ксензов Н. Л.

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. М. Майоров

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Острый панкреатит относится к тяжелым заболеваниям желудочно-кишечного тракта и по частоте возникновения в настоящее время занимает третье место среди острых хирургических заболеваний после острого аппендицита и острого холецистита. Целью нашего исследования являлась оценка эффективности применения раннего энтерального питания в плане улучшения клинических исходов.

Материалы и методы

Проанализированы результаты лечения 67 пациентов, оперированных по поводу гнойных осложнений ОДП. В 1-ю (контрольную) вошли 35 больных, которым в послеоперационном периоде проводили стандартную интенсивную терапию. Вторую (основную) группу составили 32 пациента, у которых в комплекс интенсивной терапии было включено раннее энтеральное питание. Анализ были подвергнуты осложнения после

Результаты исследования и обсуждение

Основным клиническим критерием оценки эффективности применения раннего энтерального питания мы считали снижение количества осложнений и летальных исходов. С этой целью были проанализированы характер и количество послеоперационных осложнений в обеих группах (таблица 1).

В большинстве случаев, при иммунологическом мониторинге регистрировали или отсутствие какой-либо динамики (у 40 % больных), или дальнейшее снижение параметров иммунитета (у 51,4 % больных).

Летальность в первой группе составила 28,6 %. Причинами смерти во всех случаях явились развитие выраженного синдрома эндогенной интоксикации, полиорганной недостаточности и гнойно-септических осложнений.

Таблица 1 — Структура осложнений ближайшего послеоперационного периода

Осложнения	1 группа		2 группа		Р
	абс.	%	абс.	%	
Сепсис	6	17,1	2	6,25	0,2
Нагноение п/о ран	24	68,6	8	25	0,02
Эвентрация	8	22,9	—	—	0,008
Легочные	14	40	5	15,6	0,07
ЖКК	9	25,7	1	3,1	0,02
Кишечные свищи	5	14,3	1	-	0,04
Динамическая непроходимость	12	34,3	2	6,3	0,018

Другая картина наблюдалась во второй группе. 27 (84,4 %) больных этой группы выздоровели. В том числе у 18 (56,2 %) имело место благоприятное течение послеоперационного периода. При этом регистрировали ослабление тяжести эндотоксикоза в виде обрыва лихорадки, нормализации гемодинамики, улучшения показателей общеклинического исследования крови.

Тяжелое течение послеоперационного периода, которое характеризовалось большим количеством осложнений, но закончилось выздоровлением, наблюдали у 19 (28,1 %) больных.

В результате, при одинаковых значениях прогнозируемой летальности фактическая летальность в первой (контрольной группе) составила 28,6 %, а во второй (основной) — 15,6 %. Итак, отличия полученных результатов во второй группе мы объясняем тем, что применение раннего энтерального питания по предлагаемой нами методике вызывало не только детоксикационный и стимулирующий в отношении перистальтической активности кишечника эффекты, а также возможно обеспечивало иммунокорригирующий эффект. В то же время, мы не склонны считать применение раннего энтерального питания самостоятельным способом лечения. По нашему мнению, ее необходимо сочетать с остальным общепринятым комплексом лечебных мероприятий.

1. Применение раннего энтерального питания снижает количество осложнений в ближайшем послеоперационном периоде; уменьшает уровень летальности с 28,6 до 15,6 %.

2. Применение раннего энтерального питания по предлагаемой методике вызывает детоксикационный эффект, обладает стимулирующим действием на моторную функцию кишечника.

ЛИТЕРАТУРА

1. Circulation lymphocyte subsets in human acute pancreatitis / R. Pezzilli [et al.] // *Pancreas*. — 1995. — Vol. 11 (1). — P. 95–100.
2. Георгадзе, А. К. Современные принципы иммунокоррекции в лечении острого панкреатита / А. К. Георгадзе, А. А. Георгадзе, Н. И. Гудкова // 1 Московский международный конгресс хирургов. — М. — 1995. — С. 211–213.
3. Системная воспалительная реакция и сепсис при панкреонекрозе / В. С. Савельев [и др.] // *Анестез. и реанимат.* — 1999. — № 6. — С. 28–33.
4. Хирургический сепсис. Иммунологические маркеры ССВО / А. А. Останин [и др.] // *Вестник хирургии*. — 2002. — Т. 161, Ч. 1. — № 3. — С. 101–107.
5. Роль антибактериальной профилактики и терапии при панкреонекрозе / В. С. Савельев [и др.] // *Антибиотики и химиотерапия*. — 2000. — 45 (5). — С. 20–7.

УДК 615.918–099

ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ РАСТИТЕЛЬНЫМИ ЯДАМИ

Радовская И. В., Савчанчик С. А.

Научный руководитель: ст. преподаватель Ю. А. Беспалов

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Ядовитые растения — причина большого количества случаев отравления человека и животных [1, 2]. Ежегодно встречаются отравления растительными ядами, большая часть которых приходится на летне-осенний период, когда растения накапливают в себе токсические вещества [2, 3]. Об этом свидетельствуют случаи острых отравлений, полученными в индивидуальном порядке и даже порой небольшими группами.

При анализе статистических данных отделения ЛПУ ГГКБСМП г. Гомеля прослеживается стойкое количество ежегодных обращений с отравлением растительными ядами в 2000–2006 г. (таблица 1).

Таблица 1 — Общее количество больных в отделении с отравлением растительными ядами

№ п/п	2000 г	2001 г	2002 г	2003 г	2004 г	2005 г	2006 г
Общее количество отравлений	1122	1039	984	1203	1139	1237	1358
Количество больных с отравлениями растительными ядами	6 (0,53 %)	6 (0,57 %)	14 (1,42 %)	70 (5,82 %)	27 (2,37 %)	31 (2,51 %)	31 (2,28 %)

Всего за 6 лет поступило 185 человек. У 6 человек преобладала клиника отравлений легкой степени тяжести. Средняя степень — 143 человек, а острые отравления тяжелой степени тяжести — 36 человек (рисунок 1).

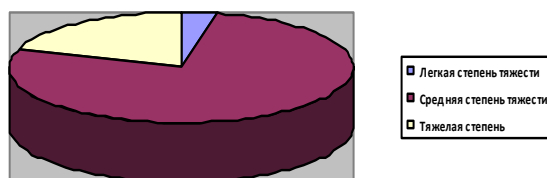


Рисунок 1 — Отношение степеней тяжести отравлений растительными ядами

Цель

Выделить актуальность острых отравлений растительными ядами, встречаемых в практике врача на примере случаев больных, прошедших лечение в отделении острых отравлений ЛПУ ГГКБСМП г. Гомеля.

Методы

Статистические методы оценки данных отделения острых отравлений ЛПУ

ГГКБСМП г. Гомеля по острым отравлениям растительными ядами.

Результаты и обсуждение

Рассмотрены случаи отравления растительными ядами, вызванными растениями, повсеместно встречающимися на территории РБ. Этот вопрос становится особенно актуальным в связи с ростом людей, желающих получить наркотический эффект при помощи растений. Различают собственно ядовитые растения, для которых токсичность является признаком их нормального развития, свойственными виду и роду. А так же растения, которые оказывают токсический эффект при наличии специфических условий, эти растения относятся к случайным. Выделяют следующие группы токсических веществ растений: алкалоиды, органические кислоты, липиды, терпеноиды, сапонины, флаваноиды, дубильные вещества (танины, кумарины, антрацины).

В зависимости от токсичности яды делятся:

1. Особотоксичные — аконит, рицин, фаллоидин (перорально смертельная доза — 0,001 г).
2. Высокотоксичные — анабазин, атропин, вератрин, синильная кислота (смертельная доза от 0,001 до 0,05 г).

3. Сильно токсичные — стрихнин (смертельная доза 0,05–2,0 г).

4. Токсичные — кофеин, спорынья, хинин (смертельная доза 2,0–20,0 г).

По избирательной токсичности растения могут быть разделены на:

1. Ядовитые растения, в клинической картине отравления которыми ведущим синдромом является поражение ЦНС:

- а) с холинолитическим синдромом (белена, дурман, красавка и др.);

- б) с никотиноподобным синдромом — вех ядовитый, болиголов пятнистый, хвощ и т. д.

2. Ядовитые растения, с поражением сердца (содержащие сердечные гликозиды) — наперстянка, ландыш, горицвет и др.

3. Ядовитые растения, вызывающие, преимущественно, поражение печени — крестовик, гелиотроп и др.

4. Растения вызывающие, преимущественно, поражение кожи: борщевик, лютик едкий и др.

Заключение

Проблема изучения отравления растительными ядами остается актуальной, т. к. люди используют растения в обиходе: для лечения, в пищу и др. Клиника отравлений неспецифическая, что создает значительные проблемы при диагностике, а высокая токсичность является достаточно частой и регулярной причиной ОО, ведущих к тяжелому поражению организма, и нередко сопровождающихся летальным исходом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Военная токсикология и токсикология экстремальных ситуаций: учеб. / А. А. Бова, С. С. Горохов. — Мн.: БГМУ, 2005. — С. 166–206.
2. Неотложные состояния: диагностика, тактика, лечение: справ. для врачей / А. А. Баешко, [и др.]; сост. Г. А. Шершень. — 3-е изд., доп. — Мн.: Беларусь, 2002. — С. 92–98.
3. Основы токсикологии: метод. рекоменд. / О. Т. Прасмыцкий, И. З. Ялонецкий. — Мн.: БГМУ, 2007. — С. 38–40.

УДК 37.037.1(476.2)

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ СТУДЕНТОК ГГМУ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГАРВАРДСКОГО СТЕП-ТЕСТА

Рафеенко О. Д., Кульбеда В. А.

Научный руководитель: к.п.н., доцент, зав. кафедрой Г. В. Новик

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Исследование функционального состояния лиц, занимающихся физкультурой и

спортом, осуществляется путем использования функциональных проб. При функциональной пробе (тесте) изучается реакция органов и систем на воздействие какого-либо фактора, чаще, физической нагрузки.

При любой функциональной пробе вначале определяют исходные данные исследуемых показателей, характеризующие ту или иную систему или орган в покое, затем данные этих показателей сразу (или в процессе выполнения теста) после воздействия того или иного дозированного фактора и, наконец, после прекращения нагрузок до возвращения испытуемого к исходному состоянию. Последнее позволяет определить длительность и характер восстановительного периода [1].

Цель

Определение физической работоспособности студенток второго курса с использованием Гарвардского степ-теста.

Методы исследования

Анализ научно-методической литературы, проведение функциональной пробы, математическая обработка полученных результатов.

Результаты и обсуждения

Очень важным при выполнении проб (тестов) с физической нагрузкой является правильность их выполнения и дозировка по темпу и длительности. При изучении реакции организма на ту или иную физическую нагрузку обращают внимание на степень изменения определяемых показателей и время их возвращения к исходному уровню. Правильная оценка степени реакции и длительности восстановления позволяют достаточно точно оценить состояние обследуемого.

Гарвардский степ-тест заключается в подъемах на ступеньку, высота которой и время восхождения выбираются в зависимости от пола и возраста обследуемого. Темп восхождения постоянный, равняется 30 цикл./мин. и задается метрономом (120 уд./мин). Если обследуемый в процессе тестирования отстает от заданного темпа, то тестирование прекращается. После завершения теста обследуемый садится на стул и в течение первых 30 с на 2, 3 и 4-й минутах подсчитывается ЧСС. О физической работоспособности студента судят исходя из времени восхождения на ступеньку и ЧСС после окончания тестирования.

Индекс Гарвардского степ-теста рассчитывают по формуле:

$$ИГСТ = \frac{t \times 100}{(f_1 + f_2 + f_3) \times 2},$$

где t — время восхождения в секундах, f_1, f_2, f_3 — частота сердечных сокращений за 30 с на 2, 3 и 4-й минутах восстановления.

Исследования проводились на кафедре физического воспитания и спорта в декабре 2009 г. В тестировании принимала участие 31 студентка второго курса ГГМУ. Высота ступеньки 50 см, время восхождения составило 5 мин. Оценка результатов проводилась по таблице результатов Гарвардского степ-теста в условных единицах.

Исследования показали, что оценку «отлично» не получила не одна студентка. На «хорошо» выполнили тест 7 студенток, что составило 22,6 % от общего количества, «средне» — 10 (32,6 %) студенток, «слабо» — 4 (12,9 %), «плохо» — 2 (6,45 %) студентки. Полученные данные говорят о том, что 19 % девушек не достаточно быстро восстанавливаются после полученной нагрузки, учебные занятия не компенсируют в полной мере их двигательный дефицит.

Заключение

Объективная оценка функционального состояния сердечно-сосудистой системы под воздействием различных нагрузок важна для правильного подбора средств физической культуры применяемых при занятиях. Для тренировочного эффекта ССС необходимо широко использовать циклические виды спорта, которые способствуют укреплению кардиореспираторной системы. Дополнительные самостоятельные занятия, выбор

той или иной методики занятий физическими упражнениями с оздоровительной направленностью необходимо соотносить с реальными возможностями студента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Новик, Г. В. Теоретические аспекты физической культуры в высшем учебном заведении: метод. рекомендации по физическому воспитанию для студентов 2 курса лечебного, медико-диагностического и медико-профилактического факультетов, обучающихся по специальностям «Лечебное дело», «Медико-диагностическое дело», «Медико-профилактическое дело»: в 4 ч. / Г. В. Новик, Н. В. Карташова, Т. Ф. Геркусова. — Гомель: учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», 2006. — Ч. 2. — 40 с.

УДК 616.15:636.2:591.53

ИССЛЕДОВАНИЕ СОДЕРЖАНИЯ СЕРОГЛИКОИДОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ КОРОВ ПРИ ДОБАВЛЕНИИ В РАЦИОН ПРЕПАРАТОВ «АНТИКЕТ» И «ФЕРРОЦИН»

Ржеуцкая А. И., Дринеvская В. В.

Научный руководитель: ассистент С. М. Сергееvко
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Серогликоиды — специфический компонент сыворотки крови, сложный белок, а точнее, смесь таких белков — мукопротеидов. Мукопротеиды представляют собой глобулины (растворенные белки), в которых присутствуют углеводные группы (аминосахара). Они во многом сходны с гликопротеидами, однако, в них содержится большее количество углеводов [1]. В диагностике содержание серогликоидов в сыворотке крови — комплексный показатель, отражающий степень нарушения обмена веществ. В комплексе с другими показателями (С-реактивный белок, сиаловые кислоты) отражает наличие воспаления в организме, в частности, при ревматоидном артрите. Антивитализм — это водно-белково-минеральная кормовая добавка, используется в сельском хозяйстве при кормлении молочного скота для сбалансирования рациона по углеводам, белкам и минералам.

Цели и задачи исследования

Целью исследования является научно-практическое обоснование воздействия препарата «Антикет» на содержание серогликоидов в сыворотке крови животных.

Материалы и методы

Эксперимент проводился на коровах черно-пестрой породы хозяйства СПК «Дубовый Лог» Добрушского района. Животные были распределены на контрольную группу и 4 экспериментальные, по 5 голов в каждую. Экспериментальным животным вводили препараты «Антикет» в количестве 0,5 кг на голову и феррицианид калия в следующих дозах: I группа — только «Антикет»; II группа — «Антикет» + 0,6 % феррицианидов; III группа — «Антикет» + 0,8 % феррицианидов; IV группа — «Антикет» + 1,2 % феррицианидов. Закорм животных осуществлялся сотрудниками Института Радиологии РНИУП МЧС. Определение содержания серогликоидов в сыворотке крови проводилось турбидиметрическим методом по степени помутнения раствора в исследуемом материале после осаждения серогликоидов фосфорно-вольфрамовой кислотой.

Результаты и обсуждение

Проведенные исследования показывают, что в сыворотке крови экспериментальных и контрольных животных содержание серогликоидов несколько уменьшается (таблица 1).

Таблица 1 — Показатели серогликоидов в сыворотке крови коров

Группы	Дата взятия		
	4.11.2009	20.11.2009	26.11.2009
Контроль	$0,239 \pm 0,008$	$0,226 \pm 0,009$	$0,069 \pm 0,006$
I группа	$0,219 \pm 0,029$	$0,21 \pm 0,018$	$0,081 \pm 0,007$
II группа	$0,178 \pm 0,045$	$0,15 \pm 0,01^{**}$	$0,065 \pm 0,001$
III группа	$0,245 \pm 0,03$	$0,157 \pm 0,008^{**}$	$0,051 \pm 0,002^{**}$
IV группа	0,45	—	$0,066 \pm 0,008$

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Выводы

В результате проведенных исследований было установлено, что концентрация серогликоидов в сыворотке крови коров ниже нормы как у контрольных, так и у экспериментальных животных. Применения препарата «Антикет» с феррицианидами калия уменьшило содержание серогликоидов в сыворотке крови животных 2 и 3 групп.

ЛИТЕРАТУРА

1. Николаев, А. Я. Биологическая химия / А. Я. Николаев // 3-е изд., перераб. и доп. — М. — 2004. — 566 с.
2. Интерпретация биохимического анализа крови [Электронный ресурс]. — 2008. — Режим доступа: http://mirgor.com/interpretaciya_biohimicheskogo_analiza_krovi. — Дата доступа: 29.03.2010.

УДК 618.56-007.281

ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ ПЛАЦЕНТЫ

Родионова А. И.

Научный руководитель: ассистент Е. Л. Лашкевич

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Преждевременной отслойкой плаценты называется отделение плаценты от стенок матки во время беременности, первого и второго периодов родов [1]. Частота ее не превышает 0,3–0,5 % всех случаев беременности, однако в 30 % она становится причиной острой гипоксии плода, массивных кровотечений, приводящих к смертельному исходу [2].

Цель исследования

Изучить факторы риска преждевременной отслойки плаценты.

Материалы и методы

Ретроспективно проанализировано 60 историй родов женщин, родоразрешенных в родильном отделении Гомельской областной клинической больницы за период с 2007 по 2009 гг. На группы женщины разделены в зависимости от наличия преждевременной отслойки плаценты: I группу (основную) составили 30 родильниц с преждевременной отслойкой плаценты. Во II группу (контрольную) вошли 30 родильниц, у которых отслойка плаценты произошла своевременно (в 3 периоде родов). Изучалось течение беременности, акушерский и гинекологический анамнез, сопутствующая экстрагенитальная патология, осложнения беременности. Вычисляли долю (p , %), стандартную ошибку доли (Sp , %). Для выявления достоверности в группах использовался односторонний критерий Фишера (P) и критерий χ^2 .

Результаты исследования

Средний возраст обследуемых женщин составил в основной группе 29,6 лет, в контрольной группе — 26,5 лет. Первородящих старше 27 лет среди родильниц с отслойкой плаценты было в 2 раза больше — 4 ($13,33 \pm 6,21$ %), чем среди родильниц без отслойки — 2 ($6,67 \pm 4,55$ %).

В $20,0 \pm 7,30$ % при преждевременной отслойки плаценты диагностировано неправильное ее прикрепление: низкая плацентация — в 4 ($13,33 \pm 6,21$ %), центральное и краевое предлежание плаценты — по 1 ($3,33 \pm 3,28$ %). Среди родильниц со своевременным отделением плаценты, такие изменения расположения плаценты не встречались.

В ходе исследования установлена статистически значимая ($p < 0,002$) связь между количеством беременностей и преждевременной отслойкой плаценты: 3 и более беременностей имели в основной группе 18 женщин ($60,0 \pm 8,94 \%$), в контрольной — 5 ($16,67 \pm 6,80 \%$). Предыдущий акушерский анамнез статистически значимо чаще ($p < 0,02$) наблюдался у родильниц в основной группе — 19 ($63,33 \pm 8,798 \%$), а в контрольной группе — у 9 ($30,0 \pm 8,36 \%$). В структуре его ведущее место занимает искусственное прерывание беременности: в I группе — 16 ($53,33 \pm 9,11 \%$) и 6 ($20,0 \pm 7,30 \%$) во II группе. Остальные причины отягощенного акушерского анамнеза статистически незначимы. В анализе гинекологического анамнеза, экстрагенитальных заболеваний, статистически значимых различий между исследуемыми группами не установлено.

Изучая осложнения беременности, получены следующие данные: угрожающие преждевременные роды диагностированы у родильниц I и II группы в $36,67 \pm 8,80 \%$ и $46,67 \pm 9,11 \%$ соответственно; анемия беременных — в $43,33 \pm 9,05 \%$ и $26,67 \pm 8,07 \%$ женщин соответственно; ОРЗ — по $23,33 \pm 7,72 \%$ соответственно. У родильниц основной группы в $30,0 \pm 8,37 \%$ диагностировали гестоз лёгкой и средней степени тяжести, а в контрольной группе — в $20,0 \pm 7,30 \%$ гестоз легкой степени тяжести. Хроническая внутриматочная гипоксия плода была в $20,0 \pm 7,30 \%$ в обеих группах. ИЦН встречалась у родильниц контрольной и основной группы в $3,33 \pm 3,27 \%$ и $20,0 \pm 7,30 \%$ соответственно; пиелонефрит беременных, обострение пиелонефрита — у $16,67 \pm 6,80 \%$ и $10,0 \pm 5,48 \%$ соответственно. Крупный плод, многоплодие в $6,67 \pm 4,55 \%$ встречались только у пациенток основной группы.

Выводы

1. Преждевременная отслойка плаценты в 2 раза чаще диагностировалась у первородящих женщин старше 27 лет ($13,33 \pm 6,21 \%$).
2. Несвоевременную отслойку плаценты в $20,0 \pm 7,30 \%$ сопровождает неправильное её прикрепление в полости матки.
3. Установлена статистически значимая связь ($p < 0,02$) отягощенного акушерского анамнеза с частотой преждевременной отслойки плаценты, что можно связать с дистрофическими изменениями в матке после внутриматочных вмешательств.
4. При наличии у женщин трех и более беременностей в $60,0 \pm 8,94 \%$ наблюдали преждевременную отслойку плаценты ($p < 0,002$).
5. Не выявлено статистически значимой связи гинекологического, экстрагенитального анамнеза и осложнений беременности с несвоевременной отслойкой плаценты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян, Э. К. Акушерство: учебник / Э. К. Айламазян. — СПб.: СпецЛит, 2002. — 528 с.
2. Герасимович, Г. И. Акушерские кровотечения. Экстренная помощь: учеб. пособие / Г. И. Герасимович, Т. Н. Колгушкина, Л. Ф. Можейко. — Мн.: Вышэйшая школа, 1997. — 66 с.

УДК 159.9

РОЛЬ ПЕРВИЧНЫХ ЗАЩИТНЫХ МЕХАНИЗМОВ ПСИХИКИ

Романович В. В., Русак И. М.

Научный руководитель: ст. преподаватель А. Н. Коленда

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Защитные механизмы психики — система регуляторов, которые служат для устранения или сведения до минимума негативных, травмирующих личность воздействий. Механизмы защиты направлены на сохранение состояния динамического равновесия во внутреннем и внешнем мире человека.

Цель

Рассмотреть недостатки первичных защитных механизмов психики. Защищают ли они психику от стрессов и конфликтов или же, наоборот, формируют угрозу? Выявить их роль в обеспечении социально-психической устойчивости человека и формировании тенденций суицидального поведения человека.

Защитные механизмы психики — благо и угроза. На сегодняшний день известно свыше 20 видов защитных механизмов, все они подразделяются на первичные (примитивные) и вторичные (высшего порядка) защитные механизмы [1]. Следует заметить, что люди обычно применяют несколько различных механизмов одновременно для разрешения конфликта или ослабления тревоги. Полезность защитных механизмов неоспорима, но в тоже время все они обладают двумя общими характеристиками, источающими опасность:

- 1) действуют на неосознанном уровне и, поэтому, являются средствами самообмана;
- 2) искажают, отрицают или фальсифицируют восприятие реальности, чтобы сделать тревогу менее угрожающей для индивидуума [3].

Большинство людей не рассматривают свой внутренний мир как потенциальный источник угрозы и пренебрегают его познанием, несмотря на его малую изученность и, как следствие, опасность. Если лучше присмотреться к нему, то можно увидеть, что опасность исходит даже из защитных механизмов. Среди них выделяют первичные. Рассмотрим наиболее опасные из них.

Изоляция — психологический уход в другое состояние. Это явление можно наблюдать у людей, изолирующихся от социальных или межличностных ситуаций и замещающих напряжение, происходящее от взаимодействий с другими, стимуляцией, исходящей от фантазий их внутреннего мира.

Отрицание — это попытка не принимать за реальность нежелательные для себя события.

Еще К. Роджерс заметил, что отрицание может привести к паранойе, бреду и к множеству других психических расстройств [2]. Отрицание, как и изоляция, создают «искажающий барьер», препятствующий поступлению неприятной для индивида информации, обладающей вероятным повреждающим для психики действием. Но, в тоже время, оба механизма ограждают человека от окружающей действительности, в результате человеку кажется, что его никто не понимает, что он один, что этот мир слишком жесток и несправедлив, чтобы в нем оставаться, и принимает решение уйти из этой жизни путем самоубийства. **Вседоступный контроль** — ощущение, что ты способен влиять на мир, обладаешь силой, является, несомненно, необходимым условием самоуважения, берущего начало в инфантильных и нереалистических фантазиях всемогущества.

Идеализация — замещение примитивных фантазий собственного всемогущества фантазиями о всемогуществе заботящегося лица.

Вседоступный контроль и идеализация не менее опасны, т. к. рано или поздно человек осознает, что всемогущество призрачно, следствием этого является жесточайшая депрессия, довольно часто приводящая к суициду.

Заключение

Психика, как и иммунная система, защищает организм. Деятельность всех защитных механизмов психики направлена на амортизацию вредных воздействий исходящих из окружающей среды, что, несомненно, является благом, но она не совершенна. Главным недостатком этой системы является то, что она не только не предусматривает защиту от угроз исходящих из внутреннего мира, но и зачастую сама является внутренним источником депрессии и духовного упадка, множества различных нарушений, которые могут привести к формированию тенденций суицидального поведения человека.

ЛИТЕРАТУРА

1. Веккер, Л. М. Психика и реальность / Л. М. Веккер. — М.: Смысл, 1998. — С. 685.

2. Романова, Е. С. Механизмы психологической защиты. Генезис. Функционирование. Диагностика / Е. С. Романова, Л. Р. Гребенников. — Мытищи, 1996. — С. 427.
3. Роджерс, К. Консультирование и психотерапия / К. Роджерс. — М.: ЭКСМО, 1999. — С. 254.

УДК:612.118.221.2(476)

ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ГРУПП КРОВИ СИСТЕМЫ АВО У ЖИТЕЛЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Романчук А. В., Ковальчук А. А.

Научный руководитель: к.с.-х.н., доцент Л. А. Евтухова

Учреждение образования

«Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Группа крови — описание индивидуальных антигенных характеристик эритроцитов, определяемое с помощью методов идентификации специфических групп углеводов и белков, включенных в мембраны эритроцитов [1].

На сегодняшний день самым загадочным для исследователей остается поразительное разнообразие антигенов групп крови и антигена резус в популяциях. Анализ популяций отдельных районов представляет особую ценность в связи с неоднородной национальной и социальной структурой, обусловленной резким увеличением демографических ситуаций и увеличением миграционных процессов, что свидетельствует об актуальности данного исследования.

Цель работы

Изучение распределения групп крови по системе АВО у жителей г. Мозырь и г. Ветка Гомельской области.

Материалы и методы исследования

Поскольку генетически контролируемые гематологические системы АВО в онтогенезе не подвержены воздействию средовых факторов, их использование при изучении эволюционных изменений оказывается более предпочтительным по сравнению с морфологическими признаками.

Для проведения исследования нами были использованы данные, полученные методом анкетирования и посемейного опроса. При сборе информации были заданы следующие вопросы: Ф.И.О., возраст, место проживания, группа крови. Обследовано 1665 человек: 892 жителя г. Мозыря и 763 жителя г. Ветка.

Были составлены сводные таблицы по частоте встречаемости групп крови системы АВО и резус-фактора у исследуемых людей. Для выполнения расчетов использовались математические методы, описанные Ч. Ли, в книге «Введение в популяционную генетику» [2].

Результаты и обсуждение

В данной выборке более 60 % обследованных жителей имеют I и II группы крови (таблиц 1).

Таблица 1 — Распределение групп крови системы АВО у жителей г. Мозыря и г. Ветка

Группа крови	г. Мозырь (количество человек)	г. Ветка (количество человек)
I	332	227
II	327	282
III	179	221
IV	54	33
Всего	892	763

Высокая встречаемость III группы крови у жителей г. Ветка обусловлена, по-видимому, миграционными процессами, оказывающими влияние на динамику генофонда.

Частоты встречаемости групп крови представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Частоты встречаемости групп крови жителей г. Мозыря и г. Ветка

Группа крови	г. Мозырь (%)	г. Ветка (%)
I	0,372	0,298
II	0,367	0,369
III	0,201	0,289
IV	0,06	0,044

Как показали результаты исследования, в г. Мозыре наибольшей частотой обладает I и II группы крови, а в г. Ветка — II и III группы крови.

Заключение

Полученные данные можно использовать для изучения миграционных процессов групп крови, которые оказывают влияние на формирование генотипического полиморфизма в человеческих популяциях. Изучение данного вопроса может быть использовано в различных исследованиях клинической медицины, а также в области теоретических и прикладных направлений генетики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Прокоп, О. Группы крови человека / О. Прокоп, В. Геллер. — М.: Медицина, 1991. — 512 с.
2. Ли, Ч. Введение в популяционную генетику / Ч. Ли; пер. с англ. — М.: Мир, 1978. — 560 с.

УДК 616+2]:616-002.73

БОЛЕЗНЬ ТЕЛА И БОЛЕЗНЬ ДУШИ: ПРОКАЗА

Ромашко Е. А.

Научный руководитель: ст. преподаватель С. И. Шатравский

Государственное учреждение образования

«Институт теологии Белорусского государственного университета»

г. Минск, Республика Беларусь

Проказа (лепра) — это хроническое инфекционное заболевание, вызываемое микобактерией лепры, открытой в 1871 г. Болезнь характеризуется поражениями кожи, слизистых верхних дыхательных путей и периферической нервной системы. Впоследствии, поражаются мышцы, кости, глаза и внутренние органы. На поздних стадиях болезни происходит искажение черт лица (т. н. львиный лик), что связано с поражением мышц, ответственных за мимику, провалом носа и т. п. [2]. Название болезни приобрело и переносное значение — прокаженным называют нечистого, изгоя.

Проказа была хорошо известна уже в библейские времена. Есть сведения о ней в китайских трактатах и египетских папирусах [3]. В Европе случаи заболевания описываются начиная с VII в. Пик заболеваемости пришелся на XII–XIV вв. Число лепрозориев во Франции в 1226 г. составляло около двух тысяч [1]. Число больных в Европе по некоторым данным доходило до 2 миллионов [3].

С давних пор проказа «в равной мере составляла и духовную проблему, ибо в сознании людей того времени не существовало болезни, которая не затрагивала бы всего человека и не несла бы в себе символа» [1]. Внешнее должно было отражать внутреннее: страдающее тело прокаженного подразумевало также язвы души. Ж. Ле Гофф и Н. Трюон, исследующие историю тела в Средневековье, отмечают, что в эту эпоху прокаженный воспринимался как грешник, который стремится очистить душу и тело от греха, в особенности — от сладострастия. Распространено было мнение, что причина болезни лежит в безнравственном поведении человека, а также в поведении его родителей, например, в том, что родители прокаженного зачали его в один из запретных периодов: пост, сочельник и т. д. Таким образом, проказа часто воспринималась как результат греха, причем часто греха сексуального, который, по мнению данных исследователей, был самым тяжким грехом для

Для того чтобы понять эту особенность средневекового восприятия, стоит обратить внимание на то, что в этой эпохе преобладало мифологическое мышление. Эти же авторы пишут: «Содержательные и многозначные библейские тексты давали простор

для различных толкований и потому подвергались разнообразным искажениям» [1]. Для западного христианства стало естественным считать причиной грехопадения половой акт между Адамом и Евой. Потому телесные желания и потребности стали вызывать в народной среде пренебрежение и даже отвращение. Тело являлось «отвратительным вместилищем души», по словам Григория Великого[1]. Возможно также, что проказа связывалась с грехами именно этой категории отчасти потому, что проказой в то время называли целый ряд кожных болезней, в том числе сифилис.

Однако, история понимания проказы как божьей кары берет свое начало задолго до Средних вв. Уже в Священном Писании проказе и обращению с прокаженными посвящена целая глава в книге Левит. Проказой наказываются Мариам (*Чис.12*), Гиезий (*4Цар.5*), Озия (*2Пар.26*), от нее страдает Иов (*Иов 2*), исцеление прокаженных занимает важное место в Новом Завете (*Лк. 5; Лк. 17*). В иудейской традиции проказа объясняется как наказание Божие за серьезные грехи, однако, прямой связи с грехами сексуального характера не прослеживается. Можно с полной уверенностью сказать, что это нововведение

Что касается последствий заболевания, то и в библейские времена, и в Средневековые прокаженный проходил процедуру гражданской смерти. Он лишался имущества, отделялся от семьи, от социальной среды и всего привычного. В книге Левит говорится о необходимости постоянного отдельного проживания. В Средние вв. больных помещали в лепрозории, из которых им разрешалось выходить только избегая контактов с другими

Как это часто бывает, метафора проказы имела много значений. Болезнь часто связывалась с ересью. Тогда она рассматривалась как болезнь духа, которая символически проявляется через больное тело, подлежащее отлучению от здорового

Если в Античности болезни рассматривались, преимущественно, как соматические, то в иудейской традиции, а также в христианском и исламском мире Средневековья события, связанные с телом, не отделяли от их духовного значения. Душа и тело виделись столь тесно связанными, что болезнь неизбежно оказывалась психосоматическим явлением. Возможно, из-за этого большая часть религиозных чудес есть чудеса исцеления

Следует заметить, что в символе проказы проявилась амбивалентность средневекового сознания. Проказа была не только символом греха, но и символом Христа, который возложил на себя всю грязь человечества ради его спасения. Страдающий человек был одновременно и отверженным, и избранным. В это время становится весьма распространённым библейское утверждение «Христос-врачеватель». Ведь он врачует тело, совершая чудесные исцеления, и врачует души, показывая людям путь к спасению. Можно сказать, что отношение к прокаженным претерпевало существенные изменения в разные исторические эпохи. Отношение к ним отличалось также и в разных христианских конфессиях. Следует отметить, что для христианского мировоззрения связь греха и болезни не является безусловной. Примером тому служит эпизод Евангелия о слепорожденном (Ин.9:1–3).

ЛИТЕРАТУРА

1. Трюон, Н. История тела в средние века / Н. Трюон, Ж. Ле Гофф. — М.: 2008. — 186 с.
2. Тюлькина, Е. Проказа телесная и душевная // [Электронный ресурс]: Православный медицинский сервер. — Режим доступа: <http://www.otechestvo.org.ua/main/20083/0616.htm>. — Дата доступа: 17.02.2010.
3. Макунин, Д. История забытой болезни / Д. Макунин // [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.sanandji.info/ozdorovie_147.htm. — Дата доступа: 21.02.2010.
4. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви // [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.patriarchia.ru/db/text/141422.html>. — Дата доступа: 21.02.2010.

УДК 616.831-006.6

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Россолова В. В., Олизарович М. В.

Научный руководитель: к.м.н. М. В. Олизарович

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Введение

Опухоли головного мозга глиального ряда встречаются наиболее часто среди всех опухолей центральной нервной системы [1, 2]. Вопрос их своевременной клинической диагностики остается актуальным, так как операбельность напрямую зависит от размера новообразования [1, 3].

Цель

Эпидемиологический анализ и оценка клинической картины у больных с глиальными опухолями больших полушарий головного мозга.

Методы исследования

Проведен анализ лечения 28 человек с глиальными опухолями больших полушарий головного мозга в 2007–2008 гг. в Гомельской областной клинической больнице. Проанализированы следующие показатели: распределение по полу и возрасту, уровень сознания и неврологические расстройства при поступлении для хирургического лечения.

Результаты исследования

Эпидемиология глиальных опухолей головного мозга

Половозрастной состав оперированных изучен с использованием общепринятого разделения по возрасту. Полученные данные по половозрастному составу представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение больных по возрасту и полу

Возраст, лет	Количество больных, n=28	%	Пол			
			женский	%	мужской	%
18–29	3	10,7	1	3,6	2	7,1
30–39	2	7,1	2	7,1	0	0
40–49	7	25,0	2	7,1	5	17,9
50–59	11	39,3	5	17,9	6	21,4
Старше 60	5	17,9	4	14,3	1	3,6
Всего	28	100,0	14	50,0	14	50,0

Как следует из таблицы 1, среди пациентов с глиальными опухолями головного мозга, преобладали лица старшего возраста от 40 до 59 лет (18 человек — 64,3 %), поровну мужчины и женщины.

Особенности клинической картины при глиальных опухолях головного мозга

При анализе данных о степени нарушения сознания у пациентов при поступлении установлено, что в ясном сознании было 8 (28,6 %) человек, в умеренном оглушении — 16 (57,1 %) и в состоянии глубокого оглушения — 4 (14,3 %). Очаговые неврологические знаки, выявленные у больных при поступлении, представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Очаговые неврологические выпадения

Тип нарушения	Количество случаев, n	%
Гемипарез, гемиплегия	15	53,6
Поражение глазодвигательного нерва	2	7,1
Поражение лицевого нерва	8	28,6
Эпилептиформные приступы	3	10,7
Когнитивные расстройства	13	46,4
Гемипарестезия	2	7,1
Моторная афазия	2	7,1

Как следует из таблицы 2, наиболее характерными неврологическими расстройствами были гемипарез (15 (53,6 %) человек) и когнитивные расстройства (13 (46,4 %) человек).

1. Среди пациентов с глиальными опухолями головного мозга, преобладали лица старшего возраста от 40 до 59 лет (18 человек — 64,3 %). 2. Наиболее характерными неврологическими расстройствами были гемипарез (15 человек — 53,6 %) и когнитив-

ные расстройства (13 человек — 46,4 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Качков, И. А. Глиальные опухоли головного мозга: классификация, иммунопатогенез и иммуногенодиагностика / И. А. Качков // Вест. РАМН. — 2005. — № 6. — С. 36–40.
2. Сташук, Г. А. Сопоставление размеров глиобластомы и окружающего ее отека при МРТ головного мозга / Г. А. Сташук, А. С. Балканов // Вестн. рентгенологии и радиологии. — 2006. — № 3. — С. 19–23.
3. Фадеев, Б. П. Хирургические аспекты лечения глиальных и метастатических опухолей головного мозга / Б. П. Фадеев // Вестн. хир. — 2004. — № 2. — С. 14–16.

УДК 616.62-003.7-08:615.012.8

НОВЫЙ ФИЗИЧЕСКИЙ МЕТОД, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ДЛЯ СРАВНЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Русак И. М., Сергиенко И. М.

Научный руководитель: к.х.н., доцент В. А. Филиппова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Мочекаменная болезнь — это процесс образования камней в почках, мочевом пузыре или мочеточнике. Образование камней связано с уменьшением объема мочи или с увеличением экскреции камнеобразующих компонентов: кальция, оксалатов, уратов, ксантина и фосфатов. 75–85 % мочевых камней содержат кальций. Приблизительно половина кальциевых камней являются смесью оксалатов и фосфатов кальция. Около $\frac{3}{8}$ от общего числа кальциевых камней состоят только из $\text{CaC}_2\text{O}_4 \cdot 2 \text{H}_2\text{O}$. Оставшаяся $\frac{1}{8}$ часть камней состоит из фосфатов кальция (апатитов). 5–10 % камней состоят из мочевой кислоты. Они являются маленькими и гладкими.

С точки зрения коллоидной химии, мочекаменная болезнь является результатом нарушения коллоидной стабильности дисперсий кальциевых солей в моче. Препараты стабилизируют дисперсии оксалатов, фосфатов и уратов кальция в биологических жидкостях человека, предотвращая, тем самым, их коагуляцию.

Целью исследования явилось создание нового физического метода, позволяющего определять эффективность лекарственных препаратов, применяемых в клинической практике для лечения мочекаменной болезни и предупреждения образования камней. Эксперименты проводились *in vitro*. Предложенная модель является упрощенной моделью процессов, протекающих *in vivo*. Полученные результаты позволяют количественно характеризовать эффективность препаратов, применяемых для лечения мочекаменной болезни.

Материалы и методы

Исследуемые препараты можно разделить на группы: (а) α -аминокислоты (метионин), (б) витамины А, Е, С (антиоксикапс), (в) препараты растительного происхождения (пролит и цистон) и аллопуринол.

Мы добавляли дневные терапевтические дозы препаратов к коллоидным растворам, приготовленным ультразвуковым диспергированием мочевых камней, и изучали динамику их коагуляции под воздействием электролита (Na_2HPO_4). Мы следили за процессом коагуляции путем фотометрического измерения степени помутнения коллоидного раствора, вызванного добавлением небольших порций электролита.

Обработка полученных данных

Коэффициент помутнения можно рассматривать как параметр, характеризующий скорость седиментации фосфатов, уратов и оксалатов кальция. Кинетические кривые коагуляции представлены на рисунке 1.

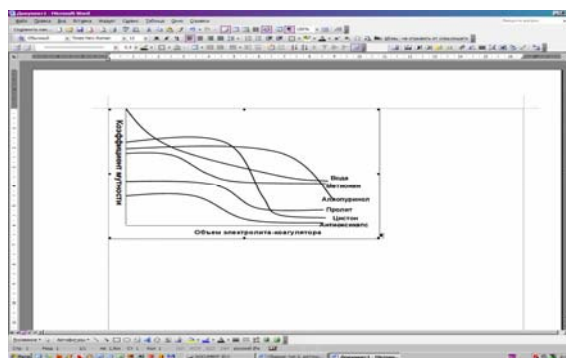


Рисунок 1 — Кинетические кривые коагуляции

Представив графическую зависимость коэффициента помутнения от количества добавленного электролита, мы получили возможность определять пороги коагуляции коагулятора и константы скорости явной коагуляции. Оба определяемых параметра (таблица 1) являются критериями коллоидной стабильности растворов, служащих упрощенной моделью биологических жидкостей (крови и мочи). Чем больше порог коагуляции и меньше константа скорости коагуляции, тем выше коллоидная устойчивость золя и меньше угроза осаждения мочевых камней.

Таблица 1 — Физические параметры коллоидной стабильности

N	Препарат	Дневная доза, мг	Порог коагуляции ммол /л	Константа скорости мин ⁻¹
1	—	—	0.333	70.0
2	Метионин	—	0.666	30.0
3	Пролит	600	1.00	30.0
4	Антиоксикапс	446	1.00	28.0
5	Цистон	110	1.20	40.0
6	Аллопуринол	200	1.67	40.0

Полученные данные выявили:

Все исследуемые препараты повышали порог коагуляции электролита-коагулятора, увеличивая, тем самым, коллоидную стабильность дисперсий кальциевых солей в модельных растворах. Например, если порог коагуляции нестабилизированного золя составлял 0,33 ммол/л, то в растворах, содержащих вышеперечисленные медикаменты, он повышался до 0,67–1,67 ммол/л.

В присутствии аллопуринола порог коагуляции приобретал максимально высокое значения (1,67 ммол/л), что свидетельствовало о высокой эффективности данного препарата в предупреждении мочекаменной болезни. Эффективность метионина оказалась менее высокой ($\gamma = 0,67$ ммол/л), однако, даже он в два раза увеличивал стабильность кальциевых дисперсий.

Константы скорости коагуляции (мин⁻¹) кальциевых дисперсий уменьшались в следующем ряду: аллопуринол и цистон — 40; пролит и метионин — 30; антиоксикапс — 28. Для сравнения, константа скорости коагуляции золя, не содержащего лекарственных препаратов, составила 55 мин⁻¹. Таким образом, лекарственные средства, применяемые для лечения мочекаменной болезни, уменьшают скорость образования мочевых камней.

Выявлена взаимосвязь между порогом коагуляции электролита-коагулятора и константой скорости коагуляции мочевых камней: препараты, повышающие порог коагуляции, одновременно понижают скорость образования камней из модельных растворов. Таким образом, изученные препараты оказались высоко эффективными в предупреждении мочекаменной болезни.

Выводы

Разработан новый физический метод, позволяющий сравнивать эффективность

применения лекарственных препаратов, используемых в медицине для лечения мочекаменной болезни. Фотометрическое определение степени мутности коллоидных растворов после их коагуляции позволило рассчитать физические параметры, характеризующие способность препаратов предупреждать образование мочевых камней.

ЛИТЕРАТУРА

1. European Journal of Medical Research. — 2009. — С. 6–7.

УДК 616.36-008.5-08

ЭНТЕРОСОРБЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Рустамов М. И., Мамедов А. Н., Бобоеров Ф. Н.

Научный руководитель: зав. каф., доцент З. И. Муртазаев

**Учреждение образования
«Самаркандский медицинский институт»
г. Самарканд, Узбекистан**

Введение

Клинические исследования показывают эффективность хирургического лечения у больных обтурационной желтухой в сочетании с различными методами детоксикации. Однако до настоящего времени не конкретизированы показания к их применению и недостаточно четко определена эффективность сорбционных методов детоксикации на различных этапах хирургического лечения (В. С. Земсков и соавт. 1988; И. И. Шиманко и соавт. 1990).

Материалы и методы

У 53 больных основной группы с обтурационной желтухой и функциональной недостаточностью печени мы применяли интракорпоральную сорбционную детоксикацию методом энтеросорбции. Энтеросорбция проведена только в дооперационном периоде 4 больным, в до- и послеоперационном периодах — 17, только в послеоперационном периоде — 32 пациентам, в том числе 11 пациентам в дооперационном периоде проведена также активная детоксикация организма плазмаферезом. У 18 больных энтеросорбция осуществлялась на фоне функциональной недостаточности печени легкой степени, у 30 среднем степени.

Результаты и их обсуждение

В послеоперационном периоде энтеросорбция проводилась 12 больным в течение 2–3 суток, 6 — 4–5 суток и 3 больным — 6–8 суток.

В качестве сорбентов для интракорпоральной детоксикации использовали энтеросорбенты на основе поливинилпирролидона — энтеросорб и энтеродез. Препараты назначали по 5 граммов 3–4 раза в сутки. Почти во всех наблюдениях при приеме препаратов в течение 5–8 дней в дозе от 75 до 120 граммов на курс лечения у больных клинически отмечалось положительная динамика. Эффективность энтеросорбции в до- и послеоперационном периодах оценивали по характеру динамики клинических симптомов заболевания и результатом биохимических исследований. По нашим данным, явления холемической интоксикации, проявляющиеся тошнотой, рвотой, повышением температуры тела, желтухой, нарушениями гемодинамики и другими симптомами, к концу 3 суток после энтеросорбции уменьшилось у 75 % больных. Купирование и исчезновение наиболее тяжелых в прогностическом отношении симптомов интоксикации (тахикардия, рвота, нарушение гемодинамики) на 5–7 сутки отметили у 55 % больных. Восстановле-

ние нормальной функции органов желудочно-кишечного тракта отметили у 55 % больных в течение 3–5 суток после начала лечения. Уменьшение в размерах печени и снижение интенсивности желтухи в сроки от 5 до 10 суток наблюдалось у 43 % больных.

Снижение выраженности холемической интоксикации, по данным биохимических исследований, было отмечено в большинстве случаев. Так, концентрация сывороточного билирубина уменьшилось к 5 суткам лечения на 26,3 %, активность АСТ снизилось на 29,2 %, АЛТ — на 32,4 %, ЩФ — на 14,3 %. Одновременно была отмечена положительная динамика величины рН, смещающейся процессы энтеросорбции в сторону алколоза. Между тем, достоверного падения концентрации белка, глюкозы и электролитов крови не было отмечено ни разу в процессе проведения энтеросорбции.

Резюмируя результаты проведенных исследований, следует отметить, что в группе больных непроходимость желчевыводящих протоков, осложненных обтурационной желтухой и печеночной недостаточностью, которым на различных этапах хирургического лечения были проведены методы детоксикации организма, исходы лечения были значительно лучше, чем в контрольной группе. Так, летальность в основной группе больных составляла 6,4 %, а в контрольной группе 15,9 %, причем у 5 из 7 умерших больных в контрольной группе непосредственной причиной смерти явилась печеночная недостаточность, тогда как в основной группе больных печеночная недостаточность явилась причиной смерти лишь в 2 наблюдениях из 4 больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаев, Э. Г. Плазмаферез в комплексном лечении больных с обтурационной желтухой / Э. Г. Абдуллаев, В. В. Бабышин // Вестник хирургии. — 1993. — № 12. — С. 92–95.
2. Вахидов В.В., Касымов Ш.Н. Экстракорпоральные методы сорбционной детоксикации в клинике хирургических болезней. В кн.: Современные вопросы детоксикации / В. В. Вахидов, Ш. Н. Касымов. — Андижан, 1988. — С. 43–44.
3. Вахидов А.В., Криченко И.П. Применения биогемосорбции у больных обтурационной желтухой осложненной печеночной недостаточностью / А. В. Вахидов, И. П. Криченко // Мед. журнал Узбекистана. — 1991. — № 6. — С. 63–65.
4. Земсков, В. С. О возможном механизме лечебного эффекта энтеросорбции / В. С. Земсков, М. Е. Шор-Чудновский, Н. Т. Картель // Клиническая хирургия. — 1988. — № 3. — С. 61–62.

УДК 616.36:612.396.22] - 056

ЭНДОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К АЛКОГОЛЬНОМУ ПОРАЖЕНИЮ ПЕЧЕНИ

Рыбак В. Р., Амбрушкевич А. Ю., Стрижак Е. А.

Научный руководитель: к.б.н. Ю. Г. Амбрушкевич

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Целью данного исследования явилось изучение взаимосвязи между индивидуальными особенностями состояния системы антиоксидантной защиты печени до алкогольной интоксикации и характером, а также степенью выраженности алкогольного поражения печени.

Опыты проведены на нелинейных белых крысах-самцах массой 250–300 г. Пронумерованным 94 животным опытной и 16 контрольной групп проведена операция частичной гепатэктомии для определения в изъятых долях печени крыс состояния системы антиоксидантной защиты. С этой целью в гомогенате печени регистрировали уровень восстановленного глутатиона (GSH), ретинола, токоферолов, каротина и убихинона; активность каталазы, супероксиддисмутазы, глутатионпероксидазы, глутатионредуктазы и глутатион-S-трансферазы (GST). На основании данных изучения вышеприведенных

показателей составляли «биохимический паспорт» каждого животного. Через 2 месяца опытной группе животных начинали вводить этанол (в желудок в дозе 5 г/кг в виде 30 % водного раствора, 1 раз в день, 57 дней). Животным контрольной группы вводили воду в том же объеме, как и этанол опытным животным.

На 58 сутки от начала алкогольной интоксикации, после декапитации, гистологическими методами изучали степень поражения печени. В плазме крови определяли активность маркерных ферментов повреждения печени: аланинаминотрансферазы (АлАТ), аспартатаминотрансферазы (АсАТ), щелочной фосфатазы (ЩФ), γ -глутамилтрансферазы (ГГТФ). Для нахождения взаимосвязей между исходными индивидуальными биохимическими показателями в печени крыс и характером, степенью выраженности последующего алкогольного поражения органа, использовали методы корреляционного, пошагового многофакторного регрессионного, дисперсионного и канонического анализа. Канонический корреляционный анализ выявили, что выраженное поражение паренхимы печени наблюдается у животных с исходно низким содержанием в органе GSH и ретинолов, а также с низкой активностью GST.

Результаты канонического анализа подтвердили наличие сильной статистически значимой корреляционной связи между показателями до интоксикации и показателями повреждения печени алкоголем.

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что индивидуальные особенности протекания биохимических процессов в печени крыс играют важную роль в проявлении, в последующем, гепатотоксических свойств этанола.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вальвачев, Н. Н. Статистический метод в медицинской практике с применением микроЭВМ и персональных компьютеров / Н. Н. Вальвачев, М. И. Римжа. — Мн.: Беларусь, 1989. — 112 с.
2. Системы ПОЛ и биотрансформации этанола в печени как маркеры предрасположенности к гепатотоксичности этанола / М. И. Бушма [и др.] // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. — 2002. — Т. 134, № 12. — С. 693–696.
3. Экспериментальный анализ факторов биологической предрасположенности к гепатотоксичности этанола / М. И. Бушма [и др.] // Наркология. — 2002. — № 6. — С. 12–15.
4. Мельников, Ю. Л. Некоторые аспекты метаболизма этанола при алкогольной интоксикации / Ю. Л. Мельников, В. П. Ольховик // Суд. мед. экспертиза. — 1990. — № 3. — С. 37–39.

УДК 617.585

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, ОБУСЛОВЛЕННОГО ЗДОРОВЬЕМ, ПАЦИЕНТОВ С ЗАСТАРЕЛЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА ПРИ ПОМОЩИ ОПРОСНИКА MOS SF-36 ПОСЛЕ КОРРИГИРУЮЩИХ ОСТЕОТОМИЙ С НАЛОЖЕНИЕМ АППАРАТОВ ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ

Рябчиков И. В. Панков И. О.

Научный руководитель: д.м.н., доцент И. О. Панков

**Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования**

«Казанская государственная медицинская академия Росздрава»

г. Казань, Российская Федерация

В связи с развитием доказательной медицины в Российской Федерации врачи практического здравоохранения постоянно встречаются в своей научной и практической деятельности с понятием «качество жизни». Кроме того, возникает потребность в оценке лечащим врачом качества жизни пациента, и врач сталкивается с проблемой поиска нужного инструмента, отвечающего всем требованиям и параметрам его исследования [1]. **Цель**

Определить качество жизни, обусловленное здоровьем, пациентов с застарелыми переломами голеностопного сустава при помощи опросника MOS SF-36 после корриги-

рующих остеотомий с наложением спице-стержневых аппаратов внешней фиксации (патент РФ № 2012801).

Материал исследования составили 30 пациентов, находившихся на лечении в Центре травмы ГУЗ РКБ МЗ РТ. Исследование проводилось после консолидации корригирующих остеотомий и демонтажа спице-стержневых аппаратов внешней фиксации в период с 2008 по 2010 гг. Средний возраст пациентов — 47,4 лет. В исследуемой группе 21 мужчин и 9 женщин. Предмет исследования — качество жизни пациентов, обусловленное здоровьем.

Методы

В качестве инструмента для оценки качества жизни нами использовался общий опросник MOS 36-Item Short Form Health Survey (MOS SF-36), разработанный A. L. Stewart, R. Hays, J. E. Ware and RAND Corporation [2]. Перевод на русский язык был осуществлен Институтом клинико-фармакологических исследований (г. Санкт-Петербург). Этот инструмент широко используется для оценки качества жизни, связанного со здоровьем, в различных популяциях [3]. Опросник включает в себя 36 вопросов, которые сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие [4]. Результаты выставляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни. Полученные данные были подвергнуты статистической обработке.

Результаты

Качество жизни, обусловленное здоровьем, пациентов с застарелыми переломами голеностопного сустава после корригирующих остеотомий с наложением спице-стержневых аппаратов внешней фиксации по тесту MOS SF-36: общее состояние здоровья (GH) — 77,6, физическое функционирование (PF) — 77,2, влияние физического состояния на ролевое функционирование (RP) — 77,1, влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование (RE) — 3,3, социальное функционирование (SF) — 48,9, интенсивность боли (BP) — 33,54, жизненная активность (VT) — 69,2, психическое здоровье (MH) — 71,8.

Выводы

Полученные в результате статистической обработки данные свидетельствуют о том, что качество жизни, обусловленное здоровьем, пациентов с застарелыми переломами голеностопного сустава после корригирующих остеотомий с наложением спице-стержневых аппаратов внешней фиксации (патент РФ № 2012801) приближено к норме, что свидетельствует об успешной психофизической адаптации пациента. Ведется дальнейшая работа на данном научно-исследовательском направлении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белова, А. Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / А. Н. Белова; под ред. А. Н. Беловой, О. Н. Щепетовой. — М.: Антидор, 2002. — 440 с.
2. Ware, J. E. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual / J. E. Ware, M. Kosinski, S. D. Keller // The Health Institute, New England Medical Center. — Boston, Mass. — 1994.
3. The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups / C. A. McHorney [et al.] // Med Care 1994. — Vol. 32. — P. 40–66.
4. Functional status and well-being of patients with chronic conditions / A. L. Stewart [et al.] // JAMA. — 1989. — Vol. 262. — P. 907–913.

УДК 617.583

ЦИФРОВАЯ ФОТОПЛАНТОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ СТОПЫ ПАЦИЕНТОВ С ЗАСТАРЕЛЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Рябчиков И. В. Панков И. О.

Научный руководитель: д.м.н., доцент И. О. Панков

**Государственное образовательное учреждение
дополнительного профессионального образования
«Казанская государственная медицинская академия Росздрава»
г. Казань, Российская Федерация**

Большинству видов патологических состояний опорно-двигательного аппарата предшествуют функциональные нарушения, формирующие патологический стереотип локомоций человека, в частности ходьбы. Данные о динамике распределения давления по подошвенной поверхности стопы позволяют выявить патологические изменения на ранней стадии, когда наблюдаются лишь функциональные нарушения опорно-двигательного аппарата. С помощью цифровой компьютерной плантографии можно анализировать динамику давления под стопами в реальном масштабе времени [1]. Такие аппаратные возможности позволяют обучить пациента правильному двигательному стереотипу. Это особенно актуально для предотвращения формирования патологического стереотипа ходьбы пациентов с застарелыми переломами коленного сустава и снижения риска развития деформаций позвоночника и стопы при выраженных нарушениях опорно-двигательной функции.

Оценить возможности применения цифровой компьютерной фотоплантографии в диагностике комбинированного плоскостопия у пациентов с застарелыми переломами коленного сустава до и после корригирующих остеотомий с чрескостным остеосинтезом спице-стержневыми аппаратами.

Материал

Нами было обследовано 35 пациентов на базе ФГУП «Йошкар-Олинское протезно-ортопедическое предприятие» Росздрава за период с 2008 по 2010 гг. Средний возраст пациентов — 44,3 лет. Исследуемую группу составили 20 мужчин и 15 женщин.

Метод исследования

Компьютерная фотоплантография с использованием цифрового фотометрического аппаратно-программного комплекса «Плантовизор». Среднее время, затраченное на обследование 1 пациента, составило 18 мин. Повторная фотоплантография проводилась через 6 месяцев после демонтажа аппарата внешней фиксации.

На первом этапе исследования были получены следующие результаты: продольное плоскостопие II степени — 6, продольное плоскостопие III степени — 7, продольно-поперечное плоскостопие — 20, здоровые (без патологии стоп) — 2. Расхождение данных рентгенографии и компьютерной фотоплантографии наблюдалось в 1 случае. Всем 35 пациентам был применен оперативный метод лечения: корригирующие остеотомии, чрескостный остеосинтез спице-стержневыми аппаратами внешней фиксации (патент РФ на полезную модель № 41004). Ранний и поздний послеоперационный период протекал без осложнений. Срок фиксации в аппарате составил 2–3 месяца. На втором этапе исследования были получены следующие результаты: продольное плоскостопие II степени — 2, продольное плоскостопие III степени — 3, продольно-поперечное плоскостопие — 3, здоровые (без патологии стоп) — 27. Расхождение данных рентгенографии и компьютерной фотоплантографии наблюдалось в 2 случаях.

Цифровая компьютерная фотоплантография может успешно применяться для обследования пациентов с застарелыми переломами коленного сустава до и после корригирующих остеотомий в дополнение к стандартным методам обследования пациентов такого профиля: физикального обследования и рентгенологического метода [2]. Данный метод позволяет проводить эффективную раннюю диагностику, вести динамическое наблюдение за пациентами, контролировать и прогнозировать результаты оперативного и консервативного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев, П. С. Использование цифрового фотометрического аппаратно-программного комплекса «Плантовизор» для ди-

агностики, динамического наблюдения, контроля оперативного и консервативного лечения пациентов с ортопедической патологией стопы / П. С. Андреев, И. В. Рябчиков // Актуальные вопросы травматологии, ортопедии и нейрохирургии: матер. науч.-практ. конф. 15–16 дек. 2005 г. — Казань: Издательский центр Казанского государственного университета им. В. И. Ульянова-Ленина, 2005. — С. 17–19.

2. Аппаратная диагностика ортопедической патологии стопы детей и подростков / В. И. Рябчиков [и др.] // Российский национальный конгресс с международным участием «Человек и его здоровье, 23 окт. 2009 г. // Вестник Всероссийской гильдии протезистов-ортопедов. — 2009. — № 3 (37). — С. 104–105.

УДК 617.585

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ ЗДОРОВЬЕМ, ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИФРАГМЕНТАРНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ОБЛАСТИ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПОСЛЕ ОСТЕОСИНТЕЗА СПИЦЕ-СТЕРЖНЕВЫМИ АППАРАТАМИ

Рябчиков И. В. Панков И. О.

Научный руководитель: д.м.н., доцент И. О. Панков

**Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования**

**«Казанская государственная медицинская академия Росздрава»
г. Казань, Российская Федерация**

В 1987 г. W. Spitzer одним из первых провозгласил концепцию качества жизни, связанного с / обусловленного здоровьем (Health Related Quality of Life, HRQoL), в рамках которой он предложил методологию оценки пациентом своего здоровья в терминах физического, социального и эмоционального благополучия. С этих позиций представляется совершенно оправданным, что под качеством жизни, обусловленным состоянием здоровья, сегодня понимают интегральную характеристику физического, психологического и социального функционирования человека, основанную на его субъективном восприятии [1].

Определить качество жизни, обусловленное здоровьем пациентов с полифрагментарными переломами мыщелков большеберцовой кости после остеосинтеза спице-стержневыми аппаратами внешней фиксации и применения устройства для лечения переломов коленного сустава (Патент РФ на полезную модель № 41004) **Материал исследования** составили 30 пациентов, находившихся на лечении в Центре травмы ГУЗ РКБ МЗ РТ. Исследование проводилось после остеосинтеза спице-стержневыми аппаратами внешней фиксации и применения устройства для лечения переломов коленного сустава (Патент РФ на полезную модель № 41004) в период с 2008 по 2010 гг. Средний возраст пациентов — 47,6 лет. В исследуемой группе 22 мужчин и 8 женщин. Предмет исследования — качество жизни пациентов, обусловленное здоровьем.

Методы

В качестве инструмента для оценки качества жизни нами использовался общий опросник MOS 36-Item Short Form Health Survey (MOS SF-36), разработанный A.L. Stewart, R. Hays, J. E. Ware and RAND Corporation [2]. Перевод на русский язык был осуществлен Институтом клинико-фармакологических исследований (г. Санкт-Петербург). Этот инструмент широко используется для оценки качества жизни, связанного со здоровьем, в различных популяциях [3]. Опросник включает в себя 36 вопросов, которые сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие [4]. Результаты выставляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни. Полученные данные были подвергнуты статистической обработке.

Результаты

Качество жизни, обусловленное здоровьем, пациентов с застарелыми переломами голеностопного сустава после корригирующих остеотомий с наложением спице-стержневых аппаратов внешней фиксации по тесту MOS SF-36: общее состояние здоровья (GH) — 76,8, физическое функционирование (PF) — 78,2, влияние физического состояния на ролевое функционирование (RP) — 76,6, влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование (RE) — 72, социальное функционирование (SF) — 52, интенсивность боли (BP) — 34, жизненная активность (VT) — 70, психическое здоровье (MH) — 72.

Выводы: качество жизни, обусловленное здоровьем, пациентов с полифрагментарными переломами мыщелков большеберцовой кости после остеосинтеза спице-стержневыми аппаратами внешней фиксации и применения устройства для лечения переломов коленного сустава (Патент РФ на полезную модель № 41004) превышает средние значения по шести шкалам опросника.

ЛИТЕРАТУРА

1. Asadi-Lari, M. Patients needs, satisfaction and health related quality of life: Towards a comprehensive model / M. Asadi-Lari, M. Tamburini, D. Gray // Health and Quality of Life Outcome. — 2004. — № 2. — P. 32.
2. Ware, J. E. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual / J. E. Ware, M. Kosinski, S. D. Keller // The Health Institute, New England Medical Center. — Boston, Mass. — 1994.
3. McHorney CA, Ware JE Jr, Lu JFR, et al. The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups / C. A. McHorney [et al.] // Med Care. — 1994. — Vol. 32. — P. 40–66.
4. Functional status and well-being of patients with chronic conditions / A. L. Stewart [et al.] // JAMA. — 1989. — Vol. 262. — P. 907–913.

УДК 37.014.1 (086.4)

ПРИМЕНЕНИЕ ТРЕХМЕРНОЙ ГРАФИКИ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ

Савчанчик С. А., Половинкина К. А.

Научный руководитель: Ю. А. Беспалов

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Стремительный прогресс науки и техники выдвигает высокие требования к подготовке высококвалифицированных специалистов. Данную задачу можно реализовать использованием в учебном процессе компьютерной графики. Впечатляющие трехмерные композиции строятся с использованием (3D) графики, которые стимулируют образную память студентов, повышая коэффициент усвоения материала. ~~Цель~~ **Цель** данной работы является повышением актуальности использования 3D графики в процессе подготовки медицинского вуза.

Материал и методы

Данная задача реализуется анализом программного обеспечения для 3 D моделирования и особенностей применения разработанных моделей в медицинской практике.

Результаты и обсуждения

Трехмерные графические программы, являются разновидностью графических программ. 3D-графика оперирует с объектами в трехмерном пространстве. Она предназначена для имитации фотографирования или видеосъемки трехмерных образов объектов (придание объемности, четкая пространственная детализация, распределение послойных материалов и возможность придания анимации), которые могут создаваться, последовательно реализуя замысел задания. Как правило, в трехмерной графике сочетаются векторный и растровый способы формирования изображений. Обычно результаты представляют собой плоскую картинку, проекцию или анимацию.

Работа в трехмерном редакторе происходит в несколько этапов:

- предварительная подготовка;
- создание геометрической модели сцены;
- настройка освещения и съемочных камер;

- подготовка и назначение материалов;
- визуализация сцены.

Существует довольно большое количество программ для 3D-моделирования.

3D Studio MAX (от компании Autodesk) – это самый популярный на сегодняшний день 3D-редактор. Программа позволяет реалистично визуализировать объекты самой разной сложности. Кроме того, «3D Studio MAX» дает возможность создавать полноценное видео с участием трехмерных моделей. Также популярными программами в этой области являются: Autodesk Maya (от компании Autodesk) и пр. Преподаватели медицинских учебных заведений могут использовать трехмерную графику в наглядных методах обучения для демонстрации. Наглядная демонстрация всевозможных физиологических процессов, выполнение операций, использование аппаратов позволяет студентам повысить навык восприимчивости, используя графическую (зрительную) память. Динамика процесса обучения позволит достичь главной цели учебного процесса — повышения уровня профессиональной подготовленности специалиста, но и также обучить выпускника разбираться в современной 3D визуализации реализуемой в большинстве современной диагностической аппаратуры. Очевидно, для осуществления подобных методов обучения необходимо наличие технических средств обучения, позволяющих студентам проявлять самостоятельные навыки изучения трехмерных моделей виртуального окружения, занимаются созданием учебно-демонстрационных трехмерных изображений и видеороликов при прохождении темы, предусматривающей возможное их использование. Это стремление поддерживается преподавателем, поскольку обучающая функция занятий направлена на формирование знаний, умений и навыков в работе, глубокое детальное изучение темы, а также развитие опыта творческой деятельности.

Таким образом, занимаясь 3D-моделированием, студент не только осваивает сложную компьютерную программу, участвует в создании трехмерной модели, но и углубляет и закрепляет свои знания по изучаемой теме, что также можно учитывать и в активной студенческой научной деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Научные иллюстрации и презентационный материал [Электронный ресурс] / Константинов М. — М., 2010. — Режим доступа <http://www.visualscience.ru>. — Дата доступа: 20.03.2010.
2. Сыркин, Ю. И. Краткое учебное пособие по курсу 3ds max / Ю. И. Сыркин. — СПб.: Международная школа дизайна, 2008. — 28 с.

УДК 616.36-002(476.2)

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Сакович М. Н., Кравчук А. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. П. Мамчиц

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность вирусного гепатита В связана с широкой распространенностью данного заболевания, высокой частотой инфицирования у различных групп населения. По сравнению с другими вирусными гепатитами при гепатите В отмечаются более тяжелое течение болезни и повышенная летальность, хронизация инфекционного процесса, в том числе бессимптомное носительство HBs-антигена [1, 2].

Цель работы

Выявить наиболее существенные и устойчивые закономерности в механизмах развития и проявлениях заболеваемости вирусным гепатитом В в Гомельской области за 1999–2009 гг. для коррекции противэпидемических мероприятий с учетом региональной эпидемической ситуации.

Материалы исследования

Данные официального учета заболеваемости вирусным гепатитом В из учетно-отчетной документации Гомельского областного центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья.

Методы исследования

Ретроспективный эпидемиологический анализ, описательно-оценочные методы, статистические методы.

Результаты и их обсуждение

Вирусный гепатит В по величине социально-экономической значимости в 2009 г. занимает 5 место среди инфекционных заболеваний, регистрируемых в Гомельской области, показатели заболеваемости выше среднереспубликанского (1,99 и 1,49 на 100 тыс. населения соответственно).

Суммарно за анализируемый период зарегистрирован 801 случай острого вирусного гепатита В, среднемноголетний показатель заболеваемости населения Гомельской составил 4,8 на 100 тыс. населения, что в 4 раза ниже по сравнению с предыдущим десятилетием.

Многолетняя динамика заболеваемости ВГВ характеризуется прямолинейной зависимостью, с выраженной тенденцией к снижению со среднегодовым темпом прироста — 16,7 %. К эпидемически неблагоприятным годам относятся 1999–2003 гг., среднемноголетний показатель за эти годы составил 7,4 на 100 тыс. населения.

Среднемноголетний показатель носительства ВГВ населения Гомельской области составил 13,4 на 100 тыс. населения. Многолетняя динамика носительства HBsAg характеризуется выраженной прямолинейной зависимостью с выраженной тенденцией к снижению со среднегодовым темпом прироста — 5,9 %. Заболеваемость ВГВ формируется под преимущественным влиянием постоянно действующих факторов, доля циклической надбавки не превышает 4 %. Влияние сезонных факторов на распределение заболеваний в течение года незначительно, действие круглогодичных факторов составляет 92 %.

К административным районам с высокими уровнями заболеваемости ВГВ (7,4 и выше на 100 тыс. населения) относятся г. Гомель, г. Мозырь, Светлогорский и Жлобинский районы, что можно объяснить более частым обращением населения за медицинской помощью, доступностью оказания медицинской помощи, применением высокочувствительных методов диагностики.

Чаще, в эпидемический процесс вовлекается взрослое население области и составляет 94,8% случаев, удельный вес детей до 14 лет — 5,2 %, из них 78,5 % приходится на возрастную группу 7–14 лет.

Среди жителей городов вирусный гепатит В распространен в 5 раз больше, чем среди жителей сельской местности, что связано с объемом и доступностью лечебно-диагностических мероприятий, характером социальных и трудовых связей и большей возможностью реализации путей передачи инфекции.

Нами установлена прямая достоверная умеренная корреляционная связь между распространенностью носительства ВГВ и заболеваемостью населения ($r = 0,63$ %, $p \leq 0,05$). Заболеваемость детей до 14 лет находится в тесной взаимосвязи с охватом детей профилактическими прививками ($r = -0,58$ %, $p \leq 0,05$).

Заключение

Профилактические мероприятия должны быть направлены, в первую очередь, на достижение оптимальных показателей вакцинации детей, групп риска, на улучшение информационно-образовательной работы с населением с акцентами на путях передачи возбудителя ВГВ и мерах профилактики заражения, а также на формирование здорового образа жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блюгер, А. Ф. Вирусные гепатиты / А. Ф. Блюгер, И. Н. Новицкий — Рига, 1988. — 411 с.
2. Германович, Ф. А. Стратегии профилактики вирусного гепатита В / Ф. А. Германович // Медицина. — 1998. — № 1(20). — С. 16–17.
3. Мартова, О. В. Медико-социальные аспекты профилактики вирусных гепатитов В и С у молодых людей и подростков / О. В. Мартова // Ги-

УДК [618.164-007.44+616.62-008.22]-(089.844+089.888)

ОДНОМОМЕНТНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА И НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ СИНТЕТИЧЕСКИМИ СЕТЧАТЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Салмин И. М.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Н. А. Нечипоренко

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

В настоящее время за рубежом разработаны и широко применяются операции корригирующие недержание мочи при напряжении (НМпН) и генитальный пролапс (ГП) с использованием сетчатых синтетических протезов. Так, НМпН корригируется операцией известной как «свободная влагалищная петля» — TVT, а коррекция ГП проводится сетчатыми протезами системы Gynecar Prolift.

Цель

Анализ опыта хирургического лечения сочетающихся НМпН и ГП с использованием синтетических сетчатых протезов клиники урологии Гродненского государственного медицинского университета.

Материал и метод

Наблюдали 34 женщины, страдавших НМпН II–III ст. в сочетании с ГП II–IV ст. (по классификации POP-Q). Возраст пациенток 36–75 лет.

Вмешательство, одномоментно корригирующее ГП и НМпН, начинали с восстановления нарушенной статики половых органов имплантацией сетчатых протезов по технике Prolif, а континенцию восстанавливали установкой подуретральной синтетической ленты (по принципу операции TVT). Операция по модифицированной в клинике технике Gynecar Prolift подробно описана в журналах «Акушерство и гинекология» № 2, 2009 и «Медицинские новости» № 5, 2009).

Сущность операции TVT сводится к проведению синтетической сетчатой ленты по средней части уретры в виде петли, а концы ленты выводятся на переднюю брюшную стенку позадилоно.

Результаты одномоментной хирургической коррекции НМпН и ГП оценили через 12–18 месяцев после операции.

Результаты и обсуждение

Результаты вмешательств у 34 пациенток оценивали по состоянию статики половых органов и адекватности континенции после операции.

У одной пациентки образовалась эрозия слизистой влагалища с отторжением протеза Prolift, что потребовало его удаления. У 33 женщин в сроки от 12 до 18 месяцев после операции рецидива ГП нет. Хотя надо отметить, что у 6 женщин имеет место опущение матки I–II степени (до операции у них было полное выпадение матки).

Таким образом, эффективность коррекции ГП составила $97,0 \pm 2,9 \%$.

Результаты коррекции НМпН у пациенток в процентном отношении, по сравнению с результатами коррекции ГП, оказались менее успешными. Так, в сроки 12–18 месяцев после операции признаков НМпН нет у 31 ($91,2 \pm 4,8 \%$), дизурические расстройства отсутствуют у $82,3 \pm 6,5 \%$ оперированных женщин. Три пациентки отмечают выделение мочи при кашле, которое у них появилось в сроки 1,5–5 месяцев после операции.

Одномоментная хирургическая коррекция НМпН, сочетающегося с ГП, с использованием синтетических сетчатых протезов, является оптимальным методом лечения этой сочетанной патологии.

УДК 612.172.4:159.942]-057.875(476.2)

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ НА ПОКАЗАТЕЛЬ АКТИВНОСТИ РЕГУЛЯТОРНЫХ СИСТЕМ СТУДЕНТОВ I КУРСА ДО СЕССИИ И ПОСЛЕ СЕССИИ

Самсонова Л. С., Игнатенко П. Ю.

Научный руководитель: к.б.н., доцент Н. И. Штаненко

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Анализ литературных данных и последующие исследования, проведенные в различных регионах нашей страны, убедительно доказали, что большинство поступивших студентов в высшие учебные заведения страдают хроническими заболеваниями и быстро утомляются, а также недостаточно физически и морально подготовлены к нагрузкам в вузе.

Поэтому возникает необходимость изучения состояния вегетативной нервной системы (ВНС), которая играет существенную роль в обеспечении адаптационно-компенсаторных процессов в организме студентов, а также возможность последних к академическим и эмоциональным нагрузкам во время подготовки к сессии и после нее.

Цель исследования

Изучить влияние уровня тревожности студентов на показатели активности регуляторных систем во время подготовки к сессии и после нее.

Материалы и методы исследования

Нами было обследовано 25 студентов первого курса. Для оценки степени тревожности использовалась методика Ч. Д. Спилберга. Данная методика позволяет дифференцированно измерять тревожность как личностное свойство (уровень личностной тревожности, ЛТ). Показатель активности регуляторных систем (ПАРС) определялся по данным кардиоинтервалографии (КИГ) при исследовании исходного вегетативного тонуса (ИВТ) и вегетативной реактивности (ВР) с применением ортостатической пробы. При помощи анализатора вариабельности сердечного ритма «Бриз-М» произведена автоматизированная оценка показателей кардиоинтервалограмм. Результаты исследования обработаны статистически с использованием программ Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение

Результаты исследования уровня тревожности студентов по методике Спилберга отражены в таблице 1.

Таблица 1 — Показатели тревожности у студентов I курса

Показатель тревожности	Перед сессией (%)	После сессии (%)
Низкий	4,0	8,0
Средний	36	72
Высокий	60	20

Анализ приведенных данных показывает, что перед сессией высокий уровень личностной тревожности имели 60 % студентов, у 36 % — отмечался средний уровень ЛТ и только у 4 % он был низким. После сессии только 20 % студентов все еще имели высокий уровень тревожности, но при этом в 2 раза увеличились средний (76 %) и низкий (8 %) уровни. Перед сессией так же мы провели сравнительный анализ показателей активности

регуляторных систем (таблица 2), который выявил, что при регистрации исходного вегетативного тонуса (запись КИГ в положении лежа) наибольшее количество студентов имели умеренное (42 %) и выраженное (30,8 %) функциональное напряжение.

Таблица 2 — Показатель активности регуляторных систем

ПАРС (баллы)	Перед сессией (%)		После сессии (%)	
	ИВТ (положение лежа)	ВР ортопроба	ИВТ (положение лежа)	ВР ортопроба
0–1	7,7	3	18,1	4,5
2–4	42,3	43	45,5	60
5–6	30,8	19	36,4	21
7–8	19,2	35	0	4,5
9–10	0	0	0	0

0–1 — оптимальный процесс регуляции; 2–4 — умеренное функциональное напряжение; 5–6 — выраженное функциональное напряжение; 7–8 — резкое функциональное напряжение; 9–10 — срыв адаптации. Однако, у 19,2 % студентов было отмечено резкое функциональное напряжение ПАРС. При регистрации вегетативной реактивности, т. е. при выполнении ортопробы, количество студентов имеющих выраженное функциональное напряжение уменьшилось до 19 %, при этом возросло количество с резким функциональным напряжением ПАРС — до 35 %. При оценке показателей ПАРС после сессии мы выявили следующее, при регистрации КИГ в положении лежа у студентов до 18 % увеличился оптимальный процесс регуляции, при этом снизилось до нуля резкое функциональное напряжение. При выполнении ортостатической пробы у студентов, после сессии в показателях ПАРС возросло до 60 % число студентов с умеренным функциональным напряжением, и значительно снизилось с резким функциональным напряжением (4,5 %) по сравнению с предсессионным периодом (35 %).

В ходе проведения обследования была выявлена зависимость между показателем тревожности и ПАРС. Перед сессией высокий уровень тревожности вызывает резкое функциональное напряжение, что снижает адаптационные возможности студентов к академическим и эмоциональным нагрузкам во время подготовки к сессии и в дальнейшем может привести к вегетативным заболеваниям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Методика оценки функционального состояния организма человека / Р. М. Баевский [и др.] // Мед. труда и пром. экология. — 1995. — № 3. — С. 30–34.
2. Баевский, Р. М. Прогнозирование состояния на грани нормы и патологии. — М.: Медицина, 1979. — 295 с.

УДК 613.888.15-053.6

ОЦЕНКА УРОВНЯ ЗНАНИЙ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ ПО ВОПРОСАМ СЕКСУАЛЬНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ, РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И МЕТОДАМ ПРЕДОХРАНЕНИЯ ОТ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Санталова М. А., Илюхина О. С.

Научный руководитель: к.м.н. О. А. Теслова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время из 5 млрд населения Земли свыше 1 млрд составляют подростки [1]. Многие исследователи отмечают, что в подростковом возрасте существует несо-

ответствие между процессом физиологического созревания и уровнем социально-нравственного развития. Это несоответствие приводит к безответственному сексуальному поведению, частой смене половых партнеров [2, 3].

Цель

Изучить уровень знаний девушек-подростков по вопросам сексуальных взаимоотношений, репродуктивного здоровья и методам контрацепции.

Материалы и методы

Для решения поставленной задачи было проведено анкетирование 103 девушек в возрасте 14–19 лет по специально разработанным анкетам среди учащихся 9–11 классов среднеобразовательной школы № 60 и Гомельского государственного колледжа искусств им. Н. С. Соколовского. Всех девушек мы разделили по возрастным группам: I группу ($n = 22$) составили девушки в возрасте 14–15 лет, II группу ($n = 45$) — девушки в возрасте 16–17 лет, III группу ($n = 36$) — девушки в возрасте 18–19. Сравнение групп по долям проведено с использованием критерия χ^2 , различия считали статистически значимыми при уровне $p < 0,05$.

Результаты

Большинство девушек I, II и III возрастных групп дают полный ответ о понятии контрацепции (в 63,6, 57,8 и 66,7 % соответственно). Оптимальным возрастом для начала половой жизни большинство девушек всех групп назвали возраст после 18 лет (I группа девушек — 59 %, II и III — 68,9 и 83,3 % соответственно). Только 2,2 и 2,8 % девушек II и III группы, соответственно, считают возраст до 16 лет допустимым для начала половых отношений. По мнению большинства анкетированных девушек (100, 97,8 и 97,2 % соответственно), информацию о методах контрацепции следует получать до начала половой жизни. Основными информационными источниками у девушек всех трех возрастных групп являются средства массовой информации (69,4; 64,4 и 54,5 % соответственно) и подруги (50; 46,7 и 63,6 % соответственно). Девушки I и II групп также получают необходимую информацию от матери и гинеколога. На вопрос, кто, по вашему мнению, должен предоставлять эту информацию участниц анкетирования ответили врач-гинеколог (33,3; 51,1 и 68,2 % девушек) и мать (27,8; 37,8 и 41 % девушек). Подтвердили наличие сексуальных отношений 9 (41 %) девушек I группы, 22 (48,9) — II и 35 (97,2 %) девушек III группы. 65 % анкетированных девушек, живущих половой жизнью, в качестве средства предохранения используют презерватив. Следует отметить, что с возрастом частота использования презерватива уменьшается с 88,9 до 68,6 %. Самым надежным средством контрацепции считают презерватив (72,7; 49 и 55,5 % исследуемых). Кроме того, 24,4 % девушек II возрастной группы выбирают гормональную контрацепцию в качестве самого надежного метода. Самым ненадежным методом контрацепции участницы анкетирования считают календарный метод (41 %). Следует также отметить, что фактически такое же количество девушек (I группа — 36,4 %, II и III — 42,2 и 41,7 % соответственно) не могут назвать ни одного безопасного метода.

Выводы

1. Более полное и четкое определение понятия контрацепции дают девушки III возрастной группы (66,7 %), что свидетельствует о повышении уровня знаний по данному вопросу с возрастом.

2. Несмотря на то, что основная масса опрошиваемых нами девушек считают оптимальным возрастом для начала половой жизни возраст после 18 лет, 11,9 % из них уже имело первый сексуальный опыт. Следует также отметить, что есть и небольшой процент (2 %) тех, которые считают приемлемым возраст сексуального дебюта до 16 лет, что не может не настораживать, поскольку либерализация сексуальной морали сопровождается ростом числа заболеваний, передающихся половым путем, и увеличением

числа незапланированных беременностей.

3. Проведенный нами анализ полученных данных используемых девушками-подростками методов контрацепции показал: самым распространенным методом контрацепции среди опрошенных девушек является использование мужского презерватива. Однако, остается значительный процент девушек-подростков 18,2 %, живущих половой жизнью, но не предохраняющихся от беременностей, что составляет группу риска по незапланированным беременностям и ранним абортам. Исходя из полученных нами данных, мы считаем необходимым более широкое внедрение в практику дополнительных занятий для подростков по вопросам сексуальных взаимоотношений, репродуктивного здоровья и методам предохранения от нежелательной беременности, поскольку молодые люди в возрасте 10–19 лет являются потенциальными родителями поколения ближайшего будущего, поэтому сохранение и укрепление здоровья подростков — важная задача на сегодняшний день, так как только здоровые родители могут иметь здоровых детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гуркин, Ю. А. Гинекология подростков: рук-во для врачей / Ю. А. Гуркин. — СПб.: ИКФ Фолиант, 2000. — 574 с.
2. Коколина, В. Ф. Детская гинекология: рук-во для врачей / В. Ф. Коколина. — М.: Медицинское информативное агентство, 2001. — 368 с.
3. Чеботарева, Ю. Ю. Гинекология детского и подросткового возраста / Ю. Ю. Чеботарева, Т. А. Яценко; под ред. проф. В. П. Юровского. — Ростов н/Д: Феникс, 2003. — 384 с.

УДК 616.24 - 036.12 - 008.4:616.12 - 008.1

ИЗУЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЕ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ

Сверкунова И. К.

Научный руководитель: к.м.н., старший преподаватель
кафедры патофизиологии Э. Н. Кучук

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) — неуклонно прогрессирующее необратимое заболевание, в настоящее время выходящая на 3-е место по инвалидизации и смертности после ИБС и онкозаболеваний [1]. Длительно существующие гиповентиляционные расстройства вызывают легочную гипертензию и изменения в правых отделах сердца. Однако, ХОБЛ очень часто сочетается с ИБС и артериальной гипертензией, также нарушающими гемодинамику и вызывающими ремоделирование сердца [2]. Изучить вторичные изменения в сердечно-сосудистой системе больных с хроническими заболеваниями легких и гиповентиляционными расстройствами с наличием или без наличия сопутствующей сердечно-сосудистой патологии.

Материалы и методы

Исследование проводилось путем анализа данных, полученных при выкопировке историй болезни пациентов, проходивших лечение в пульмонологическом отделении 2 ГКБ г. Минска в 2008 г. Изучались: ЭКГ в 12 отведениях, данные исследования функции внешнего дыхания (жизненная емкость легких, объем форсированного выдоха, индекс Тиффно и др). Полученные цифровые данные обработаны общепринятыми статистическими методами.

Результаты исследования и их обсуждение

Нами были изучены истории болезни 33 больных (15 женщин (ср. возраст — 67,6 ± 5 лет) и 18 мужчин (ср. возраст — 63,5 ± 3 года)). На основании данных ЭКГ больные

были разделены на 4 группы. I группу составили больные с нормальным положением ЭОС, II группу — больные с изменениями в правых отделах сердца, III группу — с изменениями в левых отделах сердца, IV группу — больные с изменениями как в правых, так и в левых отделах сердца. При изучении ЭКГ у пациентов установлено, что нормальное положение ЭОС наблюдалось у 3 больных (9 % от общего количества больных) с незначительными нарушениями ФВД. В группу больных с изолированными изменениями миокарда правого желудочка вошли 12 больных (36 % от количества обследованных, 5 женщин, ср. возраст — 66,8 лет и 7 мужчин, ср. возраст — 63,1 года). Резкие нарушения ФВД выявлены у 2-х больных (мужчины 70 и 73 года) этой группы. У женщин данной группы нарушения ФВД были умеренными. Преобладание патологии в левых отделах сердца было выявлено у 13 больных (40 % от обследованных 8 женщин, ср. возраст — 66,6 лет, и 5 мужчин, ср. возраст — 66,8 лет). Ведущей в данной группе была патология сердечно-сосудистой системы: артериальная гипертензия 2 степени и более, риск 2–4 была у 4 больных; у 2-х — блокада левой ножки пучка Гиса; у 3-х — ишемия левого желудочка; у 1-й больной — приступы ОЛЖН. В отдельную группу выделены 5 тяжелых больных с изменениями в миокарде обоих желудочков, что составило 15 % от всех больных (2 женщины и 3 мужчин). У них наблюдались нарушения ФВД II–IV степени с выраженной дыхательной недостаточностью I–III степени в сочетании с патологией сердечно-сосудистой системы: тяжелая ИБС, атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз, артериальная гипертензия 2–3 степени, риск 2–4, гидроторакс, недостаточность кровообращения Н2Б. Представляло интерес выявить характер нарушений гемодинамики у 8 больных с тяжелыми нарушениями ФВД на фоне ХОБЛ тяжелого течения. Как показал анализ ЭКГ, у них были, главным образом, выраженные изменения в правых отделах сердца, при сочетании ХОБЛ и ИБС наблюдалось нормальное положение ЭОС как отражение одновременной, координированной гипертрофии правых и левых отделов сердца, при сочетании ХОБЛ с артериальной гипертензией 2–4 степени, риск 2–3 наблюдалось преобладание гипертрофии левых отделов сердца, что не исключало наличие гипертрофии правого желудочка.

Выводы

При развитии изолированной ХОБЛ изменения происходят в правых отделах сердца, они начинают выявляться при умеренных нарушениях ФВД и усугубляются по мере прогрессирования дыхательной недостаточности. ХОБЛ в сочетании с артериальной гипертензией характеризуется тем, что изменения в левом желудочке опережают развитие гипертрофии правых отделов сердца, не исключая их, ЭОС отклоняется влево. При тяжелом течении ХОБЛ с выраженной недостаточностью ФВД и наличием тяжелой ИБС, и выраженной АГ одновременно развивалась гипертрофия как левых, так и правых отделов сердца, что может рассматриваться как проявление декомпенсации в условиях такой патологии. Таким образом, динамические изменения ЭОС при ХОБЛ и ИБС могут отражать развитие патологии легких либо сердца, а «псевдонормализация» положения ЭОС при тяжелой патологии является неблагоприятным прогностическим признаком.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких / пер. с англ.; под ред. А. Г. Чучалина. — М.: Атмосфера, 2003. — 96 с.
2. Кароли, Н. А. Хроническая обструктивная болезнь легких и ишемическая болезнь сердца / Н. А. Кароли, А. П. Ребров // Клиническая медицина. — 2005. — Т. 86, № 6. — С. 72–76.

УДК 577.122.34:611-018.54]:59

ПОКАЗАТЕЛИ МОЧЕВИНЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ КОРОВ ПРИ ВВЕДЕНИИ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА «АНТИКЕТ» И ФЕРРИЦИАНИДА КАЛИЯ

Сейт-Ягьяева Н. З., Назаренко И. В.

Научный руководитель: к.б.н., доцент А. Н. Коваль
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Главным конечным продуктом азотистого обмена является мочевины, которая синтезируется из аммиака, постоянно образующегося при дезаминировании аминокислот и других азотсодержащих соединений. Аммиак — токсичное соединение, поэтому его содержание в периферической крови незначительно. Биосинтез мочевины является основным механизмом обезвреживания аммиака в организме и происходит в печени. Уровень мочевины в сыворотке крови коров поддерживается в пределах 0,75–2,2 ммоль/л (15–40 мг%) [2]. Уровень мочевины в крови отражает функциональную активность печени и почек, а также может косвенно характеризовать степень интоксикации организма. Повышение уровня мочевины в сыворотке крови (азотемия уремия) наблюдается при различных формах поражения почек. Снижение показателя имеет место при тяжелых поражениях печени (некроз, злокачественные опухоли, паренхиматозная желтуха, цирроз, острая дистрофия печени), а также при вскармливании животных пищей с недостаточным содержанием белка (белковое голодание). При кормлении крупного рогатого скота некачественным кормом (силосом с высоким содержанием оксимасляной кислоты) у крупного рогатого скота возможно развитие кетоацидоза [1, 3]. «Антикет» — углеводно-белково-минеральная кормовая добавка, используется в сельском хозяйстве при кормлении молочного скота для сбалансирования рациона. **Целью исследования является научно-практическое обоснование эффективности использования препарата «Антикет» у крупного рогатого скота при лечении кетозов.**

В соответствии с поставленной целью определялось содержание мочевины как интегрального показателя степени интоксикации конечными продуктами азотистого обмена.

Материалы и методы

Эксперимент проводился на коровах черно-пестрой породы хозяйства СПК «Дубовый Лог» Добрушского района. Животные были распределены на контрольную группу и 4 экспериментальные, по 5 голов в каждую. Экспериментальным животным вводили препараты «Антикет» в количестве 0,5 кг на голову и феррицианид калия в следующих дозах: I группа — только «Антикет»; II группа — «Антикет» + 0,6 % феррицианидов; III группа — «Антикет» + 0,8 % феррицианидов; IV группа — «Антикет» + 1,2 % феррицианидов. Закорм животных осуществлялся сотрудниками Института Радиологии РНИУП МЧС. Определение содержания мочевины в сыворотке крови животных мы проводили уреазным методом с помощью набора реактивов «БИО-ТЕСТ». Статистическая обработка проводилась с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни, расчет — с помощью программы «Statistica» 6.0.

Результаты и обсуждение

Проведенные исследования показывают, что в сыворотке крови экспериментальных животных содержание мочевины является стабильным. В III группе наблюдается достоверное уменьшение содержания мочевины по сравнению с контрольными значениями (таблица 1).

Таблица 1 — Показатели мочевины в сыворотке крови коров

Группы	Дата взятия	
	20.11.2009	26.11.2009
Контроль	1,71 ± 0,12	1,97 ± 0,11
I	1,50 ± 0,17	1,39 ± 0,25
II	1,79 ± 0,10	1,97 ± 0,17

III	1,42 ± 0,07	1,38 ± 0,13**
IV	—	1,90 ± 0,08

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

Выводы

В результате проведенных исследований было установлено, что уровень мочевины сыворотки крови находился в пределах нормы как у контрольных, так и подопытных животных. Препарат «Антикет» с феррицианидами калия не оказали существенного влияния на уровень мочевины, что может свидетельствовать об отсутствии повреждающего действия на функции печени и почек.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арзуманян, Е. А. Животноводство / Е. А. Арзуманян. — М., 1991. — С. 115–120.
2. Изменчивость и наследуемость биохимических показателей крови и коров и их использование в практике / В. И. Волгин [и др.] // Успехи современного естествознания. — 2008. — № 5. — С. 52.
3. Плястенко, С. И. Основы животноводства / С. И. Плястенко. — Мн., 1997. — С. 30–152.

УДК 575.224.2-27/28:616.5-006.6

АНАЛИЗ МУТАЦИЙ В ГЕНЕ H-RAS ПРИ ОПУХОЛЯХ КОЖИ (ПО БАЗЕ «COSMIC»)

Сейт-Ягьяева Н. З.

Научный руководитель: к.б.н., доцент А. Н. Коваль

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Основными генетическими механизмами, запускающими процесс канцерогенеза у человека, являются мутации генов двух групп семейств: протоонкогенов и генов-супрессоров опухолевого роста. Одними из наиболее известных протоонкогенов являются протоонкогены семейства *ras* (H-, K- и N-*ras*). Они кодируют информацию о семействе Ras-белков, которые представляют собой мономерные G-белки, обладающие ГТФ-азной активностью. В норме они участвуют в трансдукции сигналов, полученных мембранными рецепторами клетки, и контролируют такие важные процессы, как пролиферацию клетки, апоптоз, жизненный цикл. В результате точковых аутосомно-доминантных мутаций в структурной части гена H-*ras* запускается сигнальный путь МАПК (митоген-активирующих протеинкиназ), что приводит к усиленному росту и пролиферации клеток. Ras-онкобелки обнаружены в 25 % всех опухолей человека [1]. Ген H-*ras* экспрессируется во многих клетках и тканях, может варьировать по изоформам, типам клеток и внутриклеточной локализации [2, 4].

Опухоли кожи очень многочисленны и возникают как из эпидермиса, так и из придатков кожи: потовых и сальных желез, желез волосных фолликулов. Саркома (от греч. *sarcos* — мясо) — злокачественная мезенхимальная опухоль. Метастазирует обычно гематогенным путем. Может развиваться из соединительной (фиброзной) ткани. Состоит из незрелых фибробластоподобных клеток и коллагеновых волокон. Карцинома обычно происходит из клеток эпителия (экто- и эндодермы) [3].

Целью работы является исследование частоты мутаций в гене H-*ras*, лежащих в основе опухолей кожи. В соответствии с поставленной целью решалась следующая задача: определить, в каких нуклеотидах происходит замена нуклеиновой кислоты и соответствующей аминокислоты, что приводит к определенным типам рака кожи.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе данных «COSMIC», содержащей информацию о мутациях в гене H-*ras* и соответствующих опухолях кожи. Анализ проводили с помощью

электронной таблицы «Microsoft Excel», преобразуя диапазон данных в сводную таблицу 1.

Результаты и обсуждение

Таблица 1 — Анализ частоты мутаций в гене H-ras

Нуклеотид	Аминокислота	Вид опухоли	Итог	%
c.34G>T	p.G12C	Карцинома	2	
		Др.	2	
Всего по нуклеотиду			4	4,5
c.35G>A	p.G12D	Карцинома	2	
		Др.	5	
Всего по нуклеотиду			7	7,9
c.34G>C	p.G12R	Доброкач. пигментный невус	1	
Всего по нуклеотиду			1	1,1
c.34G>A	p.G12S	Эпителиальная неоплазма	1	
		Др.	3	
Всего по нуклеотиду			4	4,5
c.35G>T	p.G12V	Карцинома	22	
		Злокач. меланома	2	
		Др.	6	
Всего по нуклеотиду			30	33,7
c.38G>A	p.G13D	Карцинома	1	
		Злокач. меланома	1	
Всего по нуклеотиду			2	2,2
c.181C>A	p.Q61K	Доброкач. пигментный невус	41	
Всего по нуклеотиду			41	46,1

Выводы

В результате проведенного исследования было установлено, что:

1. Наиболее часто происходит замена нуклеотида c.181C на A (46,1 %), наблюдаемая при доброкачественном пигментном невусе.
2. Второй по частоте тип мутации вызван заменой G>T в 35 нуклеотиде, обнаруженной при карциноме и злокачественной меланоме.

ЛИТЕРАТУРА

1. Северин, Е. С. Биохимия: учебник для вузов / Е. С. Северин. — М., 2004. — С. 730–731.
2. Mutations of the BRAF gene in human cancer / H. Davies [et al.] // Nature. — 2002. — Vol. 417. — P. 949–954.
3. Струков, А. И. Патологическая анатомия / А. И. Струков, В. В. Серов. — М., 1995. — С. 211, 223.
4. Santarosa, M. Haploinsufficiency for tumour suppressor genes: when you don't need to go all the way / M. Santarosa, A. Ashworth // Biochimica et Biophysica Acta. — 2004. — Vol. 1654. — P. 105–122.

УДК: 616-018.2-007.17:612.014.2

СИНДРОМ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ СУСТАВОВ КАК ОДНО ИЗ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ

Семеняго С. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. В. Дорошкевич

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) — это синдром, характеризующийся нарушением синтеза фибробластами составных компонентов соединительной ткани: коллагена, эластина и гликозаминогликанов. Слабость соединительнотканых структур обуславливает в дальнейшем у людей с ДСТ такие патологические состояния как плоскостопие, привычные вывихи, пародонтоз, миопию различной степени тяжести и т. д. Одним из проявлений ДСТ является гипермобильность суставов (ГМС) — состояние, при котором

наблюдается увеличение подвижности суставных поверхностей относительно друг друга. Многие педиатры при выявлении ГМС списывают это на особенности детского опорно-двигательного аппарата и не задумываются о возможном наличии ДСТ.

Целью данной работы было выявление ГМС у детей младшего школьного возраста и оценка числа детей с возможным наличием ДСТ.

Материалы и методы

Для исследования данной проблемы было проведено обследование детей младшего школьного возраста средней школы № 56 города Гомеля. Количество обследованных составило 69 человек, возраст — от 7 до 10 лет. Для выявления ГМС применялась шкала Бейтона. Согласно этой шкале, детям было предложено выполнить 5 движений: пассивное разгибание мизинца более 90°; возможность пассивного прижатия первого пальца к внутренней стороне предплечья; переразгибание в локтевом суставе более 10°; переразгибание в коленном суставе более 10°; возможность коснуться пола ладонями, не сгибая ноги в коленях. Каждая из возможностей оценивалась по одному баллу, при наличии четырех и более баллов отмечалась ГМС. Так же были изучены такие патогномоничные для ДСТ признаки как кровоточивость десен, наличие зубных диастем и эластоз кожи. Выяснение кровоточивости десен и наличия зубных диастем осуществлялось путем опроса и осмотра полости рта. Эластоз выявлялся путем оттягивания кожи на тыльной поверхности ладони и оценки характера растяжения. Для статистической обработки полученных результатов выполнена с использованием статистического модуля программы Microsoft Excel 2003, а также пакета статистического анализа данных «Statistica» 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе проведенных исследований были получены следующие данные. Детей набравших 1 балл было 12 (17 %) человек, при этом переразгибание более 10° в локтевом или коленном суставе у этих детей отмечено не было. Детей набравших 2 балла было 26 (38 %) человек, 3 балла — 20 (29 %). Набравших 4 и более балла оказалось 11 человек (16%). Таким образом, детей с ГМС оказалось 16 % от числа обследованных. У детей с ГМС диастема была выявлена у 10 (91 %) человек, кровоточивость десен — у 6 (55 %) , эластоз кожи — у 9 (82 %). В то же время, у детей без ГМС показатели были следующие: диастема — 11 (19 %) человек, кровоточивость десен — 4 (7 %) человека, эластоз кожи — 8 (14 %) человек. Таким образом видим, что частота встречаемости патогномоничных для ДСТ признаков достоверно выше у детей с ГМС ($p < 0,05$). Иными словами, у детей с ГМС можно прогнозировать развитие ДСТ.

Выводы

По полученным данным, число детей с ГМС составляет 16 %. Так как было выявлено, что у этой группы детей достоверно чаще встречаются кровоточивость десен, диастема, эластоз кожи, то можно говорить о наличии ДСТ у обследованных детей и прогнозировать дальнейшее развитие этого заболевания. Таким образом, для выявления ДСТ можно рекомендовать применение шкалы Бейтона вместе с оценкой других патогномоничных признаков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беленький, А. Г. Дифференциальный диагноз синдрома гипермобильности суставов / А. Г. Беленький // Клин. мед. — 2001. — № 12. — С. 50–53.
2. Беленький, А. Г. Клинические варианты проявления синдрома гипермобильности суставов в возрастном аспекте / А. Г. Беленький, Е. С. Маслова // Клин. мед. — 2002. — № 4. — С. 42–45.
3. Коршунов, Н. И. Синдром гипермобильности суставов: клиническая характеристика и особенности ревматоидного артрита и остеоартроза, развившихся на его фоне / Н. И. Коршунов, В. Р. Гауэрт // Тер. арх. — 1997. — № 12. — С. 23–27.

УДК 611.13.019

ОСОБЕННОСТИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ СЕРДЦА

Сергей О. А., Волчкевич Д. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Д. А. Волчкевич
Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Заболевания сердечно-сосудистой системы являются основной причиной смертности в мире. Сегодня каждый третий человек в мире страдает каким-либо заболеванием данной системы. Смертность достигает в среднем 35 % (а в развитых странах до 40–55 %) от общего количества смертей и сопоставима со смертностью от онкологических, желудочно-кишечных заболеваний и пневмоний, вместе взятых.

По статистическим данным, в структуре смертности по Республике Беларусь болезни сердца и сосудов в 2008 г. составили 52,5 %.

Таким образом, не вызывает сомнений, что детальное изучение анатомии сердца, включая характер его кровоснабжения, является актуальным на сегодняшний день.

В литературе имеется описание различных вариантов кровоснабжения сердца, классифицирующихся с точки зрения места отхождения основных ветвей венечных артерий, в зависимости от зоны их распространения, с учетом развития той или иной венечной артерии и т. д. **Цель**

Исследовать типы кровоснабжения сердца в зависимости от диаметра магистральных сосудов и учитывая тип их ветвления.

Материалом для данного исследования послужили 6 органокомплексов сердца взрослых людей в возрасте 50–75 лет.

В результате проведенного исследования было установлено, что на всех препаратах правая венечная артерия имела только магистральный тип ветвления, в то время как левая — и магистральный (в 3-х случаях) и рассыпной (в 3-х случаях). На одном из препаратов левая венечная артерия характеризовалась смешанным типом ветвления, при котором магистральные сосуды (передняя межжелудочковая и огибающая ветвь) отдавали единичные ветви, а те, в свою очередь, рассыпались на множественные. Следует отметить, что по данным некоторых авторов (О. О. Куш, 1970), и правая и левая коронарные артерии имели магистральный тип ветвления в 5 раз чаще, чем рассыпной, причем данное соотношение устанавливалось после 6-летнего наблюдения. **Результаты исследования** показали, что в 1/3 случаев диаметры обеих венечных артерий у места их отхождения от луковицы аорты были одинаковыми; на 2-х препаратах правая венечная артерия была толще, и на таком же количестве препаратов диаметр был больше у левой артерии. Интересным можно считать тот факт, что левая венечная артерия всегда отдавала ветви с большим диаметром, по сравнению с ветвями правого одноименного сосуда. Такую же закономерность указали и другие авторы (Р. Н. Яшвилас, 1962). Таким образом, результаты нашего исследования показали наличие вариабельности кровоснабжения сердца, неоднородность толщины венечных артерий и их ветвей. Практическая значимость полученных результатов заключается в том, что современные знания вариантов кровоснабжения сердца, их специфики помогут врачу при проведении диагностических и оперативных манипуляций на сердце. Полученные результаты могут также являться дополнением к различным методам лучевого исследования и изучения сосудов. Данное исследование является лишь началом в дальнейшем исследовании столь важного вопроса — вопроса вариантной анатомии артерий сердца.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кованов, В. В. Хирургическая анатомия артерий сердца / В. В. Кованов, Т. В. Аникина. — М.: Медицина, 1974. — 360 с.

УДК 617.557:616-007.43-073.48

ВОЗМОЖНОСТИ УЗИ В ДИАГНОСТИКЕ КАНАЛЬНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Сидор Е. П., Лазаревич Л. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Д. Маслакова

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

В диагностике канальных паховых грыж наметилось расширение позиций УЗИ. Определенные приемы проведения сканирования позволяют извлечь всю необходимую информацию о протрузии грыжевого мешка в канале до выхождения за наружное отверстие пахового канала и выявить начальную степень грыжеобразования у больных, которым клинически высказывалось подозрение на наличие паховой грыжи. Можно утверждать, что достоверность УЗИ паховой области достаточно высока для точной оценки размеров тех анатомических структур, ткани которых используются при выполнении герниопластики. Следует также добавить, что в индивидуализации выбора метода операции при определенных видах паховых грыж УЗИ может стать ключевым диагностическим методом.

Изучение возможностей УЗИ паховой области для решения вопроса о виде оперативного вмешательства при начальных канальных паховых грыжах.

Методы

На базе ГУ «1134 ВМЦ ВС РБ» были обследованы призывники срочной службы, поступавшие в отделение с болями в паховой области. Дифференциальная диагностика проводилась с кистой семенного канатика, варикоцеле, лимфаденитом. Для уточнения диагноза использовался аппарат Aloka 1100 с датчиками: конвексный — 3,5 МГц, линейный — 7 МГц. Первоначально датчик помещали в паховой области параллельно паховой связке таким образом, чтобы в центре изображения оказались наружные подвздошные сосуды. Исходным положением в исследовании считали размещение датчика на 1–2 см выше и параллельно связке, и перпендикулярно поверхности кожи. При этом оценивали выраженность паховой связки, визуализировали область влагалища бедренных сосудов. Затем, не отрывая датчик от поверхности кожи, медленно наклоняли его к ногам пациента так, чтобы плоскость сканирования переместилась в краниальном направлении. Больной продолжал покашливать через короткие временные интервалы, при этом становилось очевидным патологическое смещение тканей в проекции паховой связки. Уловив относительное перемещение тканей, фиксировали угол расположения датчика к коже и ротировали датчик во фронтальной оси, пока плоскость сканирования не совпадала с длинником грыжевого выпячивания. Таким образом, визуализировали дефект задней стенки пахового канала и грыжевой мешок. При покашливании и натуживании дефект задней стенки пахового канала определялся, как правило, отчетливо. Это позволяло точно его измерить. Локализация дефекта задней стенки, т. е. грыжевых ворот, определялась при визуализации внутреннего отверстия пахового канала (при косой грыже) и дефекта поперечной фасции (в случае прямой грыжи). При косой грыже мешок имел овальную форму с Г-образной траекторией протрузии, при прямой — округлую форму, при натуживании определялось поступательное движение содержимого на датчик. В случаях ущемленной грыжи содержимое грыжевого мешка принимало гиперэхогенный характер. Для определения протяженности сохраненной части поперечной фасции одновременно с продольным разрезом грыжевого мешка визуализировали лонный бугорок. Длину сохраненной части поперечной фасции измеряли при покашливании, как расстояние между лобком и медиальным краем шейки грыжевого мешка. По степени протрузии грыжевого мешка по данным УЗИ можно определить начальную,

канальную грыжу, диагностика которой наиболее затруднена.

Результаты

Достоверность УЗИ-заключений возрастает при отработке методических подходов путем сравнения результатов с реальным состоянием тканей, обнаруженным во время операции.

Выводы

Данный метод дает возможность в короткие сроки диагностировать начальную канальную грыжу, точно представить степень и характер разрушения задней стенки пахового канала, на основании чего можно планировать рациональный метод оперативного вмешательства, использование пластического материала и вид герниопластики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабкова, И. В. Возможности УЗИ-исследования при неосложненных паховых грыжах / И. В. Бабкова, В. В. Божко // Хирургия. — 1999. — № 2. — С. 46–50.
2. Капустин, С. В. УЗИ-диагностика / С. В. Капустин, С. И. Пименов // Витебск, 2005.

УДК 577.15:591.111.1:546.723

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ γ -ГЛУТАМИЛТРАНСПЕПТИДАЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЖИВОТНЫХ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПРЕПАРАТА «АНТИКЕТ» И ФЕРРОЦИНА

Силин Р. А., Шершнев А. Г.

Научный руководитель: ассистент кафедры биохимии С. М. Сергеев

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

ГГТП — γ -глутамилтранспептидаза (ГГТП, КФ 2.3.2.1) — это микросомальный фермент, широко представленный в тканях, особенно таких, как печень и почечные каналы. Активность ГГТП в плазме резко повышается (иногда более чем в 50 раз) при холестазе и является показателем печеночной недостаточности. Увеличение активности ГГТП наблюдается также у лиц, принимающих алкоголь, даже в отсутствие явной патологии печени. Индуцировать активность фермента могут также лекарственные вещества, такие, как фенитоин [2]. Повышение показателя активности ГГТП может наблюдаться при остром инфекционном или токсическом гепатите, хроническом или подостром гепатите, циррозе печени, внутриспеченочной или внепеченочной закупорке желчных путей, первичном или метастатическом опухолевом поражении печени, при алкогольном поражении печени [1]. У крупного рогатого скота возможно развитие кетоацидоза при включении в диету некачественных кормов (силоса с высоким содержанием оксимасляной и молочной кислот). Для предотвращения кетоза у коров в сельском хозяйстве применяется брикет кормовой углеводно-протеино-минерально-витаминный антикетозный «Антикет», используемый при кормлении молочного скота для сбалансирования рациона по основным питательным веществам.

Целью нашей работы являлось изучение влияния препарата «Антикет» на активность ГГТП в сыворотке крови.

Материалы и методы

В ходе работы была использована сыворотка крови 25 коров, у которых на момент начала эксперимента не наблюдалось явных физиологических отклонений. Эксперимент проводился на коровах хозяйства СПК «Дубовый Лог» Добрушского р-на, на коровах чернопестрой породы. Животные были распределены на 4 экспериментальные и одну контрольную группы, в каждой группе по 5 голов. Экспериментальным животным вводили препараты «Антикет» в количестве 0,5 кг на голову и ферроцин в следующих дозах: I группа —

только «Антикет»; II группа — «Антикет» + 0,6 % ферроцина; III группа — «Антикет» + 0,8 % ферроцина; IV группа — «Антикет» + 1,2 % ферроцина. Закорм животных осуществлялся сотрудниками Института Радиологии РНИУП МЧС. Уровень активности фермента исследовали с помощью набора реактивов «БИО-ТЕСТ» для определения каталитической активности ГГТП в сыворотке крови. Заборы крови у животных осуществлялись до приема препарата (04.11.2009) и после начала приема (20.11.2009 и 26.11.2009).

Результаты исследования были статистически обработаны при помощи программы Microsoft Excel и пакета прикладных программ «Statistica» 6.0.

Результаты и обсуждение

Результаты, полученные в ходе исследования, были занесены в таблицу 1.

Таблица 1 — Изменение активности ГГТП

Группа	Активность ГГТП, Е/л		
	нулевой забор (04.11.2009)	проба № 1 (20.11.2009)	проба № 2 (26.11.2009)
Контроль	32,53 ± 5,26	18,26 ± 4,32	50,84 ± 3,27
I	23,53 ± 2,58	9,62 ± 3,75	28,58 ± 6,3*
II	20,55 ± 2,91	8,08 ± 2,74	8,3 ± 0,82*
III	18,7 ± 3,28	6,15 ± 3,92	10,67 ± 3,21*
IV	16,51 ± 5,06	—	27,92 ± 0,91*

* уровень значимости ($p < 0,05$)

В ходе исследования были установлены следующие изменения активности ГГТП: достоверное уменьшение активности фермента отмечено во всех группах в пробе № 2, что может быть следствием гемолиза в контрольных пробирках, о чем можно судить по высокому значению фермента в контроле. В опытных группах I–IV наблюдались невысокие значения активности фермента, что может указывать на минимальное повреждение печеночной ткани при экспериментальных воздействиях. Существенное снижение активности фермента наблюдается в группах II и III. Исследования в пробе № 1 показывают тенденцию к снижению активности ГГТП при скормливания животным препаратов «Антикет» и ферроцина, особенно заметное во II группе.

Заключение

Снижение уровня активности ГГТП является показателем эффективности воздействия препарата «Антикет». Наибольший эффект отмечается в экспериментальных группах II и III, что может указывать на оптимальную дозировку препаратов «Антикет» и ферроцин в указанных группах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Козинец, Г. И. Клинический анализ крови и мочи / Г. И. Козинец, Л. М. Гинодман. — М.: Мир, 1992. — 32 с.
2. Цыганенко, А. Я. Клиническая биохимия / А. Я. Цыганенко, В. И. Жуков. — М.: Триада-Х, 2002. — 504 с.

УДК: 591.87

ОБЕЗВОЖИВАНИЕ МЫШЕЧНЫХ ТКАНЕЙ КРЫС ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Силин Р. А.

Научный руководитель: к.б.н. Н. Г. Мальцева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В современный период любой исследователь, применяющий в своей работе гистологические и цитологические методы, сталкивается с вопросами, связанными с изготовлением гистологических препаратов из органов экспериментальных животных. Наиболее распространенным объектом исследования являются лабораторные крысы, на которых моделируют различные патологические процессы. Правильность и полноцен-

ность анализа полученных результатов (особенно морфометрических) тесно взаимосвязана с качеством изготавливаемых препаратов. К настоящему моменту имеющиеся методики гистологической техники являются унифицированными для всех органов и видов ткани, и не всегда позволяют получить качественный результат.

Материалы и методы

В ходе эксперимента были использованы половозрелые беспородные белые крысы массой 180–220 г. Из них были сформированы опытная и контрольная группы. В работе соблюдались требования Хельсинской Декларации по гуманному обращению с животными [1]. После декапитации для гистологических исследований использовали сердца и икроножную мышцу крыс.

Гистологическую обработку мышечной ткани животных контрольной группы проводили по стандартной методике, описанной в литературе [2]. Исследуемые образцы фиксировали в 10 % растворе формальдегида. Для обезвоживания объекты после фиксации помещали в спиртовую батарею с возрастающей концентрацией спиртов на различные промежутки времени: 70 % спирт — 16 ч; 85 % спирт — 8 ч; 95 % спирт — 16 ч; 100 % спирт — 2 ч. Кусочки заливались в парафиновые блоки. Серийные срезы толщиной 4 мкм (32–35 среза) готовили на санном микротоме. Окрашивание проводилось гематоксилин-эозином. Для анализа изображения использовали световой микроскоп «LEICA DM LB» при увеличении 1000.

Для опытной группы применялись аналогичные этапы гистологической обработки объектов за исключением обезвоживания. Для сохранения целостности структуры мышечной ткани при проведении процесса обезвоживания изменили концентрации спиртов и время нахождения объектов в них. В спиртовой батарее увеличили количество емкостей с повторяющейся концентрацией спиртов и значительно уменьшили время обезвоживания объектов в них. Это сделало процесс вытеснения воды более плавным и позволило избежать пересушки исследуемого материала: 70 % спирт (1) — 30 мин; 70 % спирт (2) — 30 мин; 80 % спирт (1) — 30 мин; 80 % спирт (2) — 30 мин; 90 % спирт — 30 мин; 96 % спирт (1) — 30 мин; 96 % спирт (2) — 30 мин; 100 % спирт (1) — 30 мин; 100 % спирт (2) — 30 мин.

Результаты и их обсуждение

После стандартной гистологической обработки объектов контрольной группы произошло разволокнение мышечных структур сердца и икроножной мышцы. Это, в значительной степени, исказило морфологическую картину препарата, и сделало невозможным последующее проведение правильного морфометрического анализа таких величин как площадь, занимаемая мышцами и площадь, приходящаяся на стромальный компонент. Препараты, полученные при модификации процесса обезвоживания, в опытной группе подобных дефектов не имели. Следовательно, увеличение количества емкостей с повторяющейся концентрацией спиртов и значительно уменьшение времени обезвоживания объектов в них позволило сделать процесс вытеснения воды более плавным и избежать пересушки исследуемого материала.

Выводы

Данная модификация способа обезвоживания объектов мышечной ткани при изготовлении гистологических препаратов из органов таких мелких животных как крысы является унифицированной и удобной, позволяет сэкономить время при подборе нужной проводки и избежать выбраковки поврежденного материала, чем снижает процент животных, используемых в опыте. Она изначально позволяет избежать серьезных искажений структуры мышечной ткани, вызванных чрезмерным обезвоживанием, и позволяет сохранить истинную картину происходящих морфологических изменений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Копаладзе, Р. А. Методы эвтаназии экспериментальных животных — этика, эстетика, безопасность персонала / Р. А. Ко-

УДК: 616.346.2 – 089.87 – 002.3 – 053.2(476.2)

**ГНОЙНЫЙ ОМЕНТИТ В СТРУКТУРЕ УРГЕНТНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ
ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОГО РАЙОНА ЗА 1997–2009 ГГ.**

Силина Е. В., Геращенко С. И., Козырева А. А.

Научный руководитель: С. Ю. Баранов

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Эволюционно в брюшной полости были созданы свои местные защитные механизмы, одним из которых является большой сальник (БС). Этот «жандарм брюшной полости» по меткому высказыванию Н.И. Пирогова осуществляет поддержание в ней гомеостаза [1, 4].

В детском возрасте в структуре ургентной хирургической воспалительной абдоминальной патологии самым частым является острый аппендицит (ОА). Сложность его диагностики у детей, несмотря на технический прогресс, остается актуальной. В ряде ситуаций воспаление с аппендикса переходит на окутывающий его БС и может привести к декомпенсации его свойств, вторичному вовлечению его в процесс распространения инфекции. Снижение его функциональной активности будет активизировать инфекционные процессы в брюшной полости от вяло протекающего воспалительно-дистрофического до выраженного гнойного разлитого перитонита [1, 2, 3]. Стремление хирурга минимизировать операционную травму нередко сводится к уменьшению длины лапаротомного доступа и длительности операции, что может привести к недооценке воспаления соседних с аппендиксом органов. Оставленный на операции «измененный» БС создаст новые «проблемы» в брюшной полости и в организме в целом [5]. Несмотря на активное внедрение в XX веке инновационных технологий в абдоминальной хирургии, проблема ранней диагностики и лечения хирургической инфекции брюшной полости до сих пор еще далека от решения.

Целью работы явилось показать актуальность данной патологии, сложность диагностического скрининга и выбора адекватной хирургической тактики при гнойном оментите у детей, показать результаты применения видеолапароскопической техники (ВЛТ) в диагностике и лечении ургентной абдоминальной патологии.

Материалы и методы

Были проанализированы результаты 4634 историй болезни детей после выполненных аппендэктомий и случаев лечения внутрибрюшных инфильтратов и абсцессов по материалам детского хирургического отделения учреждения «Гомельская областная клиническая больница» за период с 01.01.1997 по 31.12.2009 гг. Резекция участка БС у детей при аппендэктомии была выполнена у 763 (16,5 %) пациентов, из которых 36,4 % составили девочки. В удаленных аппендиксах этой группы пациентов при гистологически наблюдались выраженные деструктивные изменения, в 40,4 % — осложненные перфорацией. К числу этих операций были отнесены также 10 симультантных вторичных аппендэктомий на фоне перекрута БС, перфорация подвздошной кишки рыбьей костью, дивертикулитов. Лечение внутрибрюшных аппендикулярных инфильтратов в 7 случаях было проведено консервативно с последующей плановой аппендэктомией по поводу хронического аппендицита, хронического оментита. Динамика ежегодных резекций воспаленного БС при аппендэктомиях была минимальной, с незначительными тенденцией к снижению с 66 до 52 случаев на фоне снижения числа аппендэктомий. Возраст пациентов колебался от 1

до 15 лет. Умеренный рост числа операций с резекцией БС отмечался с 5 летнего возраста, достигая максимума в возрасте 8–14 лет. Большинство пациентов составили горожане, в основном, из г. Гомеля. Удельный вес оперируемых в плановом порядке детей с хроническим аппендицитом и патологией БС составил 2,6 %. Более половины детей по экстренным показаниям были доставлены бригадами скорой помощи, остальные поступили из поликлиник, стационаров или обратились самостоятельно. Сроки от начала заболевания до операции у значительного количества пациентов составили более 24 часов.

При выполнении аппендэктомий с резекцией участка большого сальника использовались доступы: Волковича-Дьяконова — в 85,6 % случаев (из которых в 29 случаях предшествовал ВЛ скрининг). Лапароскопически аппендэктомия с последующей резекцией участка БС была выполнена 35 больным.

УЗ-диагностика в до- и послеоперационный период была выполнена у трети больных с высоким (до 92 %) уровнем диагностики, что помогло в выборе хирургической тактики.

Посевы выпота брюшной полости были взяты у более 40 % оперированных детей: в 25 % — роста микрофлоры не было получено, в остальных отмечалось наличие условно-патогенной кишечной флоры (*E.coli* в 56 %, реже — *Str.epidermidis*, энтеробактеры и т. д.).

В послеоперационном периоде пациенты получали антибиотикотерапию, физиолечение (магнитотерапия, электрофорез с антибиотиками или КИ, ЛФК). Продолжительность койко-дней, чаще, варьировала от 10 до 16 дней, реже и дольше.

У 2 % больных в послеоперационном периоде развились местные воспалительные процессы со стороны раны и брюшной полости, наблюдались несколько случаев ранней спаечной кишечной непроходимости. Применение ВЛТ первично позволило уменьшить травматизм и число осложнений до единичных местных воспалительных раневых реакций. В большинстве случаев, осложнения были купированы консервативно.

Выводы

Активная информированность населения о своевременности врачебного осмотра при болях в животе может способствовать снижению числа осложненных форм острого аппендицита, а соответственно, и развитию связанных с ними последствий.

Применение в качестве скрининга УЗИ брюшной полости позволило улучшить дооперационную диагностику и послеоперационное ведение больных.

Интраоперационное выявление деструктивных изменений со стороны большого сальника является показанием к обязательной его парциальной резекции. Наилучшая визуализация этих изменений осуществляется с помощью или достаточного лапаротомного доступа или применения видеолапароскопической техники.

Выполнение видеолапароскопических или видеоассистированных операций позволило снизить уровень развития послеоперационных осложнений, повысить качество жизни и адаптацию пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баиров, Г. А. Инфильтративный подострый оментит при остром аппендиците у детей / Г. А. Баиров, Я. С. Голованов // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. — 1988. — № 1. — С. 116–119.
2. Голованов, Я. С. Первичные острые заболевания большого сальника у детей / Я.С. Голованов, В. А. Кудрявцев, Г. А. Баиров // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. — 1990. — № 10. — С. 68–70.
3. Ганцев, Ш. Х. Первичный гнойный оментит / Ш. Х. Ганцев, М. А. Мустафин // Клиническая хирургия. — 1991. — № 2. — С. 56–58.
4. Барская, М. А. Диагностика и лечение оментитов при остром аппендиците у детей / М. А. Барская, Н. Л. Осипов // Детская хирургия. — 2008. — № 3. — С. 16–17.
5. Большой сальник: пер. с англ. / под ред. Д. Либерманн-Мефферт, Х. Уайта. — М.: Медицина, 1989. — 336 с.

УДК 614. 37-053. 2/6

КАЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ ОТКЛОНЕННОЙ ОТ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ РЕГИСТРАЦИИ ПРОДУКЦИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Симонова В. А., Семенова Т. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. П. Мамчиц

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Товары детского ассортимента в связи с анатомо-физиологическими особенностями и незрелостью регуляторных систем организма детей и подростков должны отвечать ряду специфических требований. При выявлении опасных для жизни и здоровья свойств, несоответствия условий изготовления и оборота санитарно-гигиеническим нормативам продукция отклоняется от государственной гигиенической регистрации (ГГР).

Цели и задачи исследования
Изучить структуру отклонений от государственной гигиенической регистрации (ГГР) товаров детского ассортимента в ГУ «Гомельский областной ЦГЭ и ОЗ» за период 2008–2009 гг.

Материалы и методы исследования

В работе использовались данные учетно-отчетной документации отделения гигиенической регламентации и регистрации, результаты собственных исследований. Оценка и обработка проводилась с применением общепринятых статистических методов исследования, компьютерной программы Microsoft® Office Excel 2007.

Результаты и обсуждение

За 2008 г. от ГГР отклонено 165 наименований товаров детского ассортимента (28 % от числа поданных заявлений). 69 % отказов составила одежда, 13 % — канцтовары и школьные принадлежности, 11 % — игрушки, 7 % — обувь.

Одежда для детей не соответствовала санитарно-гигиеническим нормативам по воздухопроницаемости и гигроскопичности (97 %), уровню миграции красителя на кожу (3 %). Канцтовары и школьные принадлежности — по интенсивности запаха, уровню миграции красителя на кожу, массе (по 33,3 %). Игрушки — по уровню миграции красителя на кожу, фенола и формальдегида (80 %), интенсивности запаха (20 %). Обувь — по интенсивности запаха и уровню миграции хрома (по 50 %).

За 2009 г. от ГГР отклонено 36 наименований товаров детского ассортимента (5 % от числа поданных заявлений), что в 5,6 раз меньше, чем в 2008 г. 71 % отказов составила одежда и 29 % — игрушки (рисунок 1).

Одежда не соответствовала санитарно-гигиеническим нормативам по воздухопроницаемости и гигроскопичности. Игрушки — по интенсивности запаха.

Большинство незарегистрированной в 2008–2009 гг. продукции было ввезено из стран дальнего зарубежья (Китай, Турция, Таиланд) индивидуальными предпринимателями-плательщиками единого налога для реализации на вещевых рынках и торговых объектах.

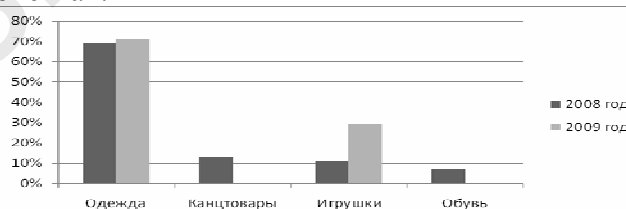


Рисунок 1 — Структура отказов в ГГР товаров детского ассортимента в 2008–2009 гг.

Заключение

Продукция, отклоненная от ГГР, может представлять опасность для здоровья детей и подростков, а также оказывать неблагоприятное воздействие на среду их обитания. Недостаточная воздухопроницаемость и гигроскопичность приводят к нарушениям теплообмена; красители вызывают раздражение кожи, зуд; фенол, формальдегид и хром — риниты, слабость, раздражительность, отсутствие аппетита, головную боль, бессонницу, аллергические реакции. Это свидетельствует о необходимости проведения качественного надзора за производством и оборотом товаров, подлежащих государственной гигиенической регистра-

ции, и принятии мер воздействия по каждому установленному факту реализации продукции без удостоверений о ГГР.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гигиена: учебник / под ред. Г. И. Румянцев. — 2-е изд., пер. и доп. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. — 380 с.
2. Постановление Совета Министров РБ от 14.12.2001 г. № 1807.
3. Постановление Министерства здравоохранения РБ от 08.10.2003 г. № 44.

УДК 616.98:578.828ЖВ

ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Слесаренко Т. И.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. Л. Красавцев

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

В настоящее время в РБ наряду с постоянным увеличением общего количества лиц, инфицированных ВИЧ, растет и число больных, страдающих различными оппортунистическими заболеваниями и имеющих заключительную стадию ВИЧ-инфекции — стадию СПИДа. Сохраняется и ежегодный рост количества ЦМВИ среди больных ВИЧ-инфекцией. В отечественной литературе имеются лишь единичные работы, посвященные определению частоты ЦМВИ у ВИЧ-инфицированных больных и характеристике основных клинических проявлений [3]. Цитомегаловирусная инфекция может служить причиной тяжелой патологии у больных ВИЧ-инфекцией, вызывая ретинит с потерей зрения, пневмонии, эрозивно-язвенные поражения кишечника, энцефаловентрикулит с развитием глубокой деменции, миелит, полирадикулопатию, некротическое поражение надпочечников, поражение костного мозга. ЦМВИ является наиболее частой врожденной инфекцией. Для инфицированных ЦМВ детей характерны гипотрофия, недоношенность, гепатоспленомегалия, тромбоцитопения, поражение головного мозга, а также генерализованная органная патология с развитием шока, ДВС-синдрома [1]. ЦМВ служит основной причиной врожденной нейросенсорной глухоты,

Цель настоящей работы определение частоты ЦМВИ у ВИЧ-инфицированных больных и характеристика основных клинических проявлений.

Материалы и методы

В период с 2006 по 2009 гг. в Гомельской областной инфекционной клинической больнице обследовано 175 ВИЧ-инфицированных больных, состоящих на учете в консультативно диспансерном кабинете. Наиболее достоверным лабораторным критерием активной ЦМВИ является выявление ДНК ЦМВ в лейкоцитах крови методом на основе полимеразной цепной реакции (ПЦР). Было проведено 175 исследований ПЦР крови и 15 исследований ПЦР мочи. Положительный результат был выявлен у 22 ПЦР крови и 7 мочи. Отрицательный результат — 153 ПЦР крови и 8 мочи.

ЦМВ инфекция была зарегистрирована во всех возрастных группах у 22 (12,6 %) лиц. В этой группе 53 % составили лица в возрасте до 25 лет, 5,8 % — в возрасте 36–45 лет, 23,5 % — в возрасте 31–35 и 17,7 % — в возрасте после 45 лет. Среди этих больных было 58,8 % мужчин, женщин — 41,2 %. Во всех случаях проводилось полное физическое, лабораторное исследование, а также консультации ряда смежных специалистов (офтальмолога, терапевта, гинеколога, невропатолога, фтизиатра, хирурга

Результаты исследования

У ВИЧ-инфицированных лиц ЦМВ инфекция встречалась наиболее часто в стадии С3 (63,6 %, 14 случаев), единичные наблюдения ЦМВИ встречались в других стадиях ВИЧ-инфекции В2 (2 случая) и В3 (1 случай) и сочеталась с другими вторичными инфекциями (герпетической — 1, токсоплазменной — 1, кандидозом — 18, волосатой лейкоплакией языка — 1). Наиболее частыми жалобами пациентов с обнаруженной ДНК ЦМВ были жалобы на резкое снижение остроты зрения, быстро прогрессирую-

щую слепоту, головную боль, головокружение, ухудшение памяти, обмороки. Среди клинических проявлений ЦМВИ у ВИЧ-инфицированных регистрировались: 2 пациента с хориоретинитом, 2 — с гепатитом, 1 — с энцефалитом, 1 — с эзофагитом. У других пациентов клинических проявлений не было выявлено, заболевание протекало в латентной форме. У ВИЧ-инфицированных с обнаруженной ДНК ЦМВ регистрировалась другая патология: 6 больных с хроническим гепатитом С, 1 — с себорейным дерматитом, 2 — с анемией различной тяжести, 1 — с пиелонефритом.

У детей (8 больных) наиболее часто ЦМВИ проявлялась резким снижением веса, генерализованной лимфаденопатией.

Выводы

ЦМВ инфекция была зарегистрирована во всех возрастных группах у 22 (12,6 %) лиц. 53 % составили лица в возрасте до 25 лет. Среди этих больных было 58,8 % мужчин, а женщин — 41,2 %. У ВИЧ-инфицированных лиц ЦМВ инфекция встречалась наиболее часто в стадии С3 (63,6 %, 14 случаев). Среди клинических проявлений ЦМВИ у ВИЧ-инфицированных регистрировались: 2 пациента с хориоретинитом, 2 — с гепатитом, 1 — с энцефалитом, 1 — с эзофагитом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шагильдян, В. И. Первый случай применения валганцикловира для лечения ЦМВИ у ВИЧ-инфицированной женщины / В. И. Шагильдян // Эпидемиология инфекционных болезней. — 2008. — № 3. — С. 65–67.
2. Ермак, Т. Н. Пневмоцистная пневмония / Т. Н. Ермак // Эпидемиология инфекционных болезней. — 2006. — № 6. — С. 50–54.
3. Бабаева, И. Ю. Вторичные заболевания, туберкулез у ВИЧ-инфицированных / И. Ю. Бабаева // Эпидемиология инфекционных болезней. — 2008. — № 3. — С. 52–56.

УДК 618.4/.7+616 – 053.3]:616 – 089. 197. 2 – 07/.1

ТЕЧЕНИЕ РОДОВ, ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН С МЕДИЦИНСКИМ АБОРТМ В АНАМНЕЗЕ

Смолян Е. Г., Чуешкова Ю. С.

Научный руководитель: ассистент Е. Л. Лашкевич

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

У первородящих женщин, имеющих в анамнезе искусственный аборт, чаще встречаются преждевременные роды, несвоевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности, кровотечения, аномалии расположения и отделения плаценты [1]. Искусственное прерывание беременности может впоследствии явиться предпосылкой для возникновения тяжелого заболевания у плода и новорожденного [2].

Цель

Изучить особенности течения родов, послеродового периода, состояние новорожденного у пациенток, имеющих в анамнезе искусственное прерывание первой беременности.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ историй родов 60 первородящих пациенток, родоразрешенных в родильном отделении У «ГОКБ». В I (основную) группу вошли 30 женщин, имеющие в анамнезе искусственное прерывание первой беременности. II (контрольную) группу составили 30 женщин без прерывания беременности в анамнезе. У всех пациенток изучали течение родов, послеродового периода, состояние новорожденного. Вычисляли долю (р,%), стандартную ошибку доли (Sp,%), рассчитывали отношение шансов (OR) и его доверительный интервал (CI). Для выявления достоверности в группах использовался односторонний критерий Фишера и критерий χ^2 .

Результаты и обсуждение

Средняя общая длительность родов у женщин основной и контрольной групп составила $302,7 \pm 235,1$ и $395,35 \pm 142,4$ мин, соответственно, средняя длительность I периода — $277,2 \pm 222,3$ и $362,9 \pm 142,5$ мин, соответственно, II периода — $15,7 \pm 9,9$ и $20,9 \pm 4,8$ мин, соответственно, III периода — $9,0 \pm 5,9$ и $11,8 \pm 4,8$ мин, соответственно. Осложнения в родах наблюдались с высокой частотой как в основной группе — в $83,3 \pm 6,8$ %, так и в контрольной группе — в $96,7 \pm 3,3$ %. Первое место заняла угроза разрыва промежности — 13 ($43,3 \pm 9,0$ %) случаев в основной и 17 ($56,7 \pm 9,0$ %) случаев в контрольной группе. Разрывы родовых путей встречались в I группе у 10 ($33,3 \pm 8,6$ %), во II группе — у 16 ($53,3 \pm 9,1$ %) пациенток. Преждевременное излитие околоплодных вод составило в основной группе 9 ($30,0 \pm 8,4$ %), в контрольной группе — 12 ($40,0 \pm 8,9$ %) случаев. Аномалии родовой деятельности: 4 ($13,3 \pm 6,2$ %) случая в I группе, 7 ($23,3 \pm 7,7$ %) — во II группе. Раннее излитие околоплодных вод встречалось только у 7 ($23,3 \pm 7,7$ %) женщин основной группы.

При сравнении операций и пособий в родах у женщин основной и контрольной групп с наибольшей долей в $43,3 \pm 9,0$ и $56,7 \pm 9,0$ %, соответственно, выполнялась эпизиотомия. Оперативное родоразрешение осуществлялось в I группе в $23,3 \pm 7,7$ %, во II группе — в $6,7 \pm 4,6$ % случаев. Доля планового и экстренного оперативного родоразрешения в основной группе составила $71,4 \pm 17,1$ и $42,9 \pm 18,7$ % соответственно. В контрольной группе в 100 % случаев кесарево сечение выполнялось по экстренным показаниям. Риск родоразрешения путем операции кесарева сечения у женщин I группы оказался в 4,26 раза выше (OR = 4,26, 95 % CI 0,79–16,84).

Статистически значимых различий в течение послеродового периода не выявлено. С одинаковой частотой в $10,0 \pm 5,5$ % обеих группах встречалась субинволюция матки.

При анализе антропометрических данных новорожденных установлено, что в I группе средняя масса тела и рост новорожденного составили $3525,5 \pm 526,5$ г и $54 \pm 2,7$ см соответственно, во II группе — $3281,0 \pm 431,7$ г и $52 \pm 3,0$ см соответственно. Средняя оценка по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни у новорожденных из I группы — $7,7 \pm 0,8$ и $8,1 \pm 0,8$ баллов, соответственно, а у новорожденных из II группы — $7,7 \pm 0,7$ и $7,9 \pm 0,5$ баллов соответственно. На 1-й минуте жизни только в основной группе дети рождались в асфиксии умеренной степени тяжести — $6,7 \pm 4,6$ %. Риск асфиксии легкой степени тяжести на 5-й минуте жизни у новорожденных из I группы оказался выше в 1,56 раза (OR = 1,56, 95 % CI 0,24–10,05).

Выводы

1. Раннее излитие околоплодных вод встречалось только у $23,3 \pm 7,7$ % женщин, имеющих в анамнезе искусственное прерывание первой беременности.

2. У первородящих женщин с медицинским абортom в анамнезе риск родоразрешения путем операции кесарева в 4,26 раза выше (OR = 4,26, 95 % CI 0,79–16,84). Только у новорожденных от матерей с искусственным абортom при первой беременности на 1-й минуте жизни диагностирована асфиксия умеренной степени тяжести — $6,7 \pm 4,6$ %, а риск асфиксии легкой степени тяжести на 5-й минуте выше в 1,56 раза (OR = 1,56, 95 % CI 0,24–10,05).

ЛИТЕРАТУРА

1. Козлов, Л. А. Осложнения аборта / Л. А. Козлов, Н. А. Нигматуллина // Казанский медицинский журнал. — 1999. — № 2. — С. 237–239.
2. Кулаков, В. И. Аборт и его осложнения / В. И. Кулаков, И. Р. Зак, Н. Н. Куликова. — М.: Медицина, 1987. — 160 с.

УДК 616.12-008.331.1-073.96(571.12)

ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Снытко М. И., Лакотко Т. Г.

Научный руководитель: ассистент кафедры факультетской терапии,

к.м.н. Т. А. Виноградова
Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Проблема артериальной гипертензии (АГ) в настоящее время имеет огромное практическое значение для клинической кардиологии. У 30 % взрослого населения в трудоспособном возрасте определяется повышенный уровень артериального давления и у 12–15 % — наблюдается стойкая артериальная гипертензия. Стойкое повышение артериального давления (АД) является маркером неблагоприятного сердечно-сосудистого исхода. Кроме того, АГ лежит в основе и хронических заболеваний сердца, головного мозга, почек и глаз — органов, которые принято называть органами-мишенями, и часто сочетается с ишемической болезнью сердца (ИБС). Сочетание АГ с ИБС означает очень высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений. Известно, что ведущая роль в развитии патогенетических механизмов АГ и ИБС принадлежит вегетативной нервной системе (ВНС). В настоящее время для количественной оценки активности симпатического и парасимпатического отделов ВНС широко используется метод оценки вариабельности сердечного ритма (ВСР). Исследования показали, что изучение особенностей регуляторных влияний ВНС у больных с изолированной АГ и в сочетании с ИБС.

Материалы и методы

Было обследовано 22 пациентов с АГ II степени в возрасте от 39 до 58 лет (средний возраст — 49 ± 5 лет). Среди обследованных: женщин 13 (59,1 %), мужчин — 9 (39,9 %). Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа — с АГ II степени без сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы ($n = 11$), 2-я группа — с АГ II степени в сочетании с ИБС ($n = 11$). Диагноз АГ и ИБС верифицирован согласно рекомендациям белорусского научного общества кардиологов 2006 г. и рекомендациям Европейского общества по изучению АГ 2007 г. Состояние вегетативного тонуса, регуляторных влияний и реактивность отделов ВНС оценивали по результатам спектрального и временного анализа вариабельности сердечного ритма на аппаратно-программном комплексе «Анализ спектров». У больных первой и второй групп при спектральной оценке ВСР по сравнению со здоровыми преобладает удельный вес гуморально-метаболических влияний (VLF-компонент). Однако, у больных 2-й группы по сравнению с 1-й — это преобладание выражено в большей степени и сопровождается меньшей вариабельностью сердечного ритма (SDNN), снижением общей мощности спектра (TP), снижением удельного веса вагусных влияний (HF-компонент) и увеличением симпатических (LF-компонент) влияний (таблица 1). Показатели временного и спектрального анализа ВСР

Показатели	1-я группа ($n = 11$)	2-я группа ($n = 11$)
TP, $\text{мс}^2/\text{Гц}$	$2265,4 \pm 1343,2$	$1367,9 \pm 2353,2$
VLF, $\text{мс}^2/\text{Гц}$	$910,9 \pm 337,2$	$659,0 \pm 507,9$
LF, $\text{мс}^2/\text{Гц}$	$705,3 \pm 523,9$	$731,5 \pm 867,6$
HF, $\text{мс}^2/\text{Гц}$	$649,1 \pm 612,1$	$637,3 \pm 712,2$
LF/HF	$1,5 \pm 0,7$	$0,96 \pm 0,76$
SDNN, мс	$43 \pm 17,7$	$36 \pm 16,5$
% VLF	$50 \pm 19,1$	$56 \pm 22,4$
% LF	$28 \pm 10,8$	$30 \pm 10,9$
% HF	$22 \pm 11,3$	$14 \pm 9,3$

Выводы

Сочетание АГ с ИБС отражается на показателях ВСР увеличением удельного веса гуморально-метаболических влияний, снижением общей вариабельности сердечного

ритма по сравнению с изолированной АГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баевский, Р. М. Вариабельность сердечного ритма: теоретические аспекты и возможности клинического применения / Р. М. Баевский, Г. Г. Иванов. — М.: Медицина, 2000. — 295 с.
2. Михайлов, В. М. Вариабельность ритма сердца: опыт практического применения метода / В. М. Михайлов. — 2-е изд., перераб. и доп. — Иваново, 2002. — 290 с.
3. Differential effects of aging on heart rate variability and blood pressure variability / L. Fluckiger [et al.] // J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci. — 1999. — Vol. 54. — P. 219–224.

УДК 301.194.5/6

ПРОЕКТ «ОБЩЕЕ ДЕЛО» — ПРИМЕР ЭФФЕКТИВНОГО ПРЕОДОЛЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ УГРОЗЫ

Сорока И. В.

Научный руководитель: ст. преподаватель кафедры
философии и политологии Т. С. Тарасевич

Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), уровень потребления спиртных напитков начинает представлять национальную опасность, если в стране в год на душу населения потребляется более 8 литров алкоголя (в переводе на чистый спирт). После этого порога начинается необратимое угасание этноса [1]. По официальным данным Роспотребнадзора (экспертные оценки даже выше), душевое потребление в России — 18 литров чистого алкоголя в год. Порог безопасности, определенный ВОЗ для любой страны в 8 литров, превышен, по крайней мере, вдвое — без принятия самых экстренных мер деградация России, ее народа неизбежна [2]. По официальным данным Минздрава РБ, объем продажи всех видов алкогольных напитков на душу населения с 1995 по 2009 гг. увеличился с 6,7 до 12 л в пересчете на абсолютный алкоголь. Первичная заболеваемость хроническим алкоголизмом составила 364,5 на 100 тыс. населения (1995 г. — 131,5, 2008 г. — 318,9) [3]. История об испокон веков много пьющих славянах не более чем миф. В те времена, когда князь Владимир говорил о том, что «веселие Руси есть пити», винами называли меды с содержанием алкоголя до 5 %. С XVII до начала XX вв. Россия занимала предпоследнее место в мире по потреблению спиртного и меньше нас пили только норвежцы. А в 1914 г. император Николай II ввел «сухой закон», так как возросшее до 2,3 л потребление чистого алкоголя в год на человека казалось власти чрезмерным. Что ситуация резко изменилась только в 60–70-е гг., когда увеличение продажи дешевой водки показалось Политбюро удачным способом пополнить казну. В результате горбачевской антиалкогольной кампании, как бы ее ни ругали, смертность по стране снизилась более чем на 12 %. С отменой государственной монополии на производство и торговлю алкоголем в 1992 г. в России стали пить что угодно, включая технический спирт, и специалисты впервые заговорили о «русском кресте», когда на графике пересеклись резко пошедшая вверх линия смертности и устремившаяся вниз линия рождаемости [4]. Эффективным и действующим проектом по предотвращению алкоголизации населения является проект «Общее дело». Инициатор и руководитель проекта — наместник Сретенского монастыря архимандрит Тихон (Шевкунов). В реализации проекта принимают участие кинокомпания «Мастерская» и Первый канал. Цель проекта — остановить алкоголизацию нации. Архимандрит Тихон считает, что людям очень важно разъяснить «анатомию» процесса алкогольной деградации и разрушения человека и общества — медицинскую, социальную. Проводились многочислен-

ные консультации со специалистами — физиологами, наркологами, патологоанатомами. Вся программа нацелена совсем не на алкоголиков. Им нужна особая забота. Проект «Общее дело» обращен к обычному человеку. Большая часть людей, конечно, осознает, что алкоголь наносит вред, но мало кто представляет масштабы внутренней катастрофы на уровне отдельного человека, его души и физической жизни на уровне страны[5]. Проект включает в себя ролики социальной рекламы (их уже более 15), 10 документальных фильмов. В активе проекта «Общее дело» имеются фильмы «Давайте выпьем!», где методично отслежены изменения, происходящие в организме трех добровольцев в процессе выпивания, и «Чижик-пыжик, где ты был?» — о подростковом алкоголизме. В фильмах врачи рассказывают о том, как разрушается организм человека, когда тот выпивает, социологи приводят ужасающую статистику о связи алкоголя с убийствами, самоубийствами, авариями и травмами. Показаны подростки с многолетним алкогольным стажем. Во время эксперимента продемонстрировано, как четверо ребят от 12 до 15 лет легко купят пиво и коктейли. Добровольцы, с радостным оживлением согласившиеся ради науки поучаствовать в застолье с возлиянием, с изумлением сравнят свои анализы «до» и «после» и узнают много интересного о реальном состоянии своего здоровья. После демонстрации документальных фильмов происходит обсуждение в студии. Программа Первого канала так и называется — «Общее дело». В дискуссиях принимали участие специалисты и широко известные в стране люди, а также представители алкогольного бизнеса, приглашенные ими эксперты, законодатели, представители министерств. Было отмечено, что на региональных телеканалах антиалкогольная социальная реклама не только пользуется большим спросом, но и дает очевидный эффект. К тому же все ролики и фильмы проекта доступны в интернете. Юридические лица, имеющие права на эти фильмы, разрешают трансляцию где угодно по СНГ.

Принципиальная позиция проекта «Общее дело» это не запреты, а разъяснение. Люди должны знать правду, не обманывая самих себя. «Истину, хотя и печальную, надобно видеть и показывать, и учиться у нее, чтобы не дожить до истины более горькой, уже не только учащей, но и наказующей нас за невнимание к ней», — писал Святитель Филарет Московский (Дроздов).

ЛИТЕРАТУРА

1. Alcohol, Society and the State / K. Makela [et al.]. — 1981. — Vol. 1.
2. Герасименко, Н. // Журнал «Российская Федерация». — 2009. — № 4.
3. Жарко, В. Об итогах работы органов и учреждений здравоохранения в 2009 году / В. Жарко // Медицинский вестник. — 2010. — № 9.
4. Павлов, И. Физиологично, некрасиво, правдиво — о пьянстве / И. Павлов // Журнал «Фома». — 2009. — № 5.
5. Тихон (Шевкунов), архимандрит. Из интервью газете «Известия», 27 февраля 2009.

УДК 616.12 – 008.6 (470.323)

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ ПО РЕГИСТРУ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА (EURO HEART SURVEY ACUTE CORONARY SYNDROMES SNAPSHOT 2009) В СОСУДИСТЫХ ЦЕНТРАХ КУРСКА

Сорокин А. В., Шабанов Е. А.

Научный руководитель: к.м.н., А. Г. Овсянников

**Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования**

**«Курский государственный медицинский университет Росздрава»
г. Курск, Российская Федерация**

Острый коронарный синдром (ОКС) является основной причиной сердечно-

сосудистой смертности. Доказано, что грамотно организованная первая медицинская помощь при этой нозологии приводит к снижению смертности пациентов, однако, в разных странах подходы к ведению пациентов с ОКС неодинаковы.

Цель

Анализ тактики ведения пациентов с ОКС в структуре региональных сосудистых центров (РСЦ) г. Курска в рамках реализованной программы Европейского общества кардиологов по регистру ОКС.

Материалы и методы исследования

В регистр включены пациенты, поступающие с 7 по 13 декабря 2009 г. в РСЦ Областной клинической больницы и Больницы скорой медицинской помощи с развитием ОКС до 48 часов от начала приступа. Их число составило 14 человек, средний возраст — 64 ± 2 года (min — 54, max — 78 лет), из них мужчины 79 %. Временная характеристика госпитализации пациентов от момента развития кардиального приступа выглядела следующим образом: до 6 часов — 36 %, 6–12 часов — 14 %, более 12 часов — 50 %. Пациенты имели семейную ИБС (57 %), дислипидемию (86 %), артериальную гипертензию (71 %), сахарный диабет (14 %), в 43 % являлись активными курильщиками. Инфаркт миокарда с подъемом ST был диагностирован в 64 % (передней локализации — 43 %, других локализаций — 14 %). Внутригоспитальное лечение включало аспирин — 100 %, клопидогрел — 100 %, низкомолекулярный гепарин — 10 %, нефракционированный гепарин — 69 %, фондапаринукс — 21 %, β -блокаторы (БАБ) — 71 %, статины — 86 %, ингибиторы АПФ — 86 %, нитраты — 71 %, петлевые диуретики — 43 %. У одного пациента на вторые сутки наступила аритмогенная смерть. Тромболитическая терапия не проводилась в связи с поздним временем госпитализации пациента от начала развития приступа (64% исследованных были доставлены в стационар после 6 часов), а также имевшимися противопоказаниями в оставшихся случаях. Среднее значение GRACE (The Global Registry of Acute Coronary Events Risk Score) для ОКС с подъемом ST и без подъема ST при поступлении соответствовало среднему риску внутригоспитальной летальности (intermediate risk category). При выписке данный показатель по 6 месячной выживаемости соотносился с низким риском смерти (low risk category). Смертность в исследованных нами центрах, в целом, сопоставима с полученными результатами регистра ОКС Европейского общества кардиологов. Полученные данные позволяют говорить об эффективности используемой тактики ведения пациентов с ОКС в системе РСЦ г. Курска, однако, поздняя госпитализация более половины пациентов являлась причиной отказа от тромболитической терапии. Используемые схемы внутригоспитального лечения, позволяют добиться стабилизации показателей выживаемости пациентов на низком уровне GRACE. Число пациентов, в кратчайшие сроки обратившихся за медицинской помощью, было низким. Принципиальным организационным моментом, требующим пересмотра, являлась поздняя госпитализация больных, не позволяющая использовать современные методы терапии ОКС. Популяризация знаний среди врачей и пациентов о необходимости раннего обращения за медицинской помощью позволит кардинально изменить ситуацию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Magnitude and prognosis associated with ventricular arrhythmias in patients hospitalized with acute coronary syndromes (from the GRACE registry) / A. Avezum [et al.] // Am J Cardiol. — 2009. — Vol. 102(12). — P. 1577–1582.
2. Sex-related differences in the presentation, treatment and outcomes among patients with acute coronary syndromes: the Global Registry of Acute Coronary Events / S. Dey [et al.] // Heart. — 2009. — Vol. 95(1). — P. 20–26.
3. Pre-hospital Delay in Patients with Acute Coronary Syndromes (from the GRACE Registry) / R. G. Goldberg [et al.] // Am J Cardiol. — 2008.

УДК 618.31-007.29:616.89

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕВОЧЕК

ПОСЛЕ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Сорокопыт А. В.

Научный руководитель: ассистент Е. В. Новикова

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

В настоящее время в связи с депопуляцией населения общество проявляет повышенный интерес к правовым и этическим проблемам аборта [1].

Введение

На фоне социально-демографического неблагополучия в нашей стране проблема абортов приобретает особую актуальность, так как они продолжают занимать лидирующее место в структуре репродуктивных потерь.

Задачами исследования стало рассмотреть распространенность абортов в молодежной среде, психологический статус современных подростков, определить группы риска по развитию психологических нарушений, проанализировать степень информированности по вопросам контрацепции.

Цель

Улучшение качества пропаганды безопасного полового поведения, уровня оказания психологической помощи девочкам после абортов.

Аборт — серьезное медицинское вмешательство в женский организм, которое может вызвать целый ряд негативных последствий.

По данным Министерства статистики РБ, около 47 % абортов, проводимых в РБ, приходится на подростков. В настоящее время причинами абортов является желание самих пациенток прервать беременность (40 %), по жизненным показаниям (25 %), социальный фактор (23 %), медицинские показания (12 %).

В работе с подростками острой проблемой является оказание адекватной высококвалифицированной медицинской помощи, как на стадии подготовки девочки-подростка к проведению аборта, так и после него [2].

Особенностью аборта в подростковом возрасте также являются условия, в которых возникла нежелательная беременность, условия ее прерывания, также несостоятельность систем адаптации, незрелость репродуктивной системы, тяжелая психологическая обстановка [3].

В Европейских странах 19 % всех женщин, которым был сделан аборт, страдают не диагностированным вовремя посттравматическим стрессовым расстройством психики (PTSD). 20 % из них показали высокий уровень тревожности и стрессового расстройства психики, связанного с произведенным ранее абортом [4].

В последнее время многие европейские врачи выставляют диагноз «постабортный стрессовый синдром», если ключевым моментом в возникновении PTSD стал аборт [5].

Материалы и методы

В ходе научной работы был проведен анализ историй болезни 50 девочек-подростков, которым проводилось прерывание беременности в сроке гестации до 12 недель методом медицинского аборта.

Группу контроля составили 38 здоровых школьниц, сопоставимых по возрасту.

Нами также учитывались данные анамнеза, вредные привычки, социальный статус и уровни личностной (УЛТ) и реактивной (УРТ) тревожности согласно шкале Спилбергена-Ханина.

Результаты

Средний возраст подростков, которым поводилось прерывание составил $16,1 \pm 6,17$ года.

В ходе научной работы был проведен анализ историй болезни 50 девочек подростков, которым проводили искусственное прерывание беременности в сроки гестации до 12 недель методом медицинского аборта (м/а).

Группу контроля составили 38 здоровых школьниц сопоставимых по возрасту.

Так же нами учитывались данные анализа, социальный статус, вредные привычки, а также оценивали уровни РТ и ЛТ согласно шкале Спилбергена-Ханина.

Средний возраст подростков, которым проводился м/а, составил $16,1 \pm 6,17$ лет, школьниц — $15,9 \pm 5,01$ лет.

Основными причинами были юность и психологическая готовность к материнству самих девушек (83,4 %), давление со стороны родственников (73,27 %), отсутствие собственной семьи и уверенности в жизни (21 %), изнасилование (2 %).

Гинекологические заболевания в анамнезе выявлены у 27 % девочек, из них воспалительных заболеваний органов малого таза — 6,4 %, эрозии шейки матки — 27 %, эктопии — 76,6 %.

Оценивая социальный статус девочек следует отметить, что 34 % проживает в полных семьях, 66 % воспитывались в неполной семье — с одним родителем. Из всех девочек в 95 % брак не зарегистрирован, 5 % девушек состоит в браке.

Наличие вредных привычек отмечалось в 26,62 % случаев. Среди учениц школ курение распространено на 19 %.

Средний возраст начала половой жизни в группах составил 15,8 и 16,2 года соответственно. Из средств контрацепции используют презерватив 78 %, КОК — 3,8 %. Подростки — школьницы используют презерватив в 82 % случаев.

В результате анкетирования согласно шкале Спилбергена-Ханина повышенный уровень реактивной тревожности наблюдается у подростков из первой группы в 51,67 % случаев, у 2,70 % подростков регистрировался низкий уровень тревожности, 45,63 % — средний. Контрольная группа показала следующие результаты: 34,8 % — повышенный уровень реактивной тревожности, 1,3 % — низкий и 63,9 % — средний уровень.

Выводы

Распространенность аборт в подростковой среде сохраняется на высоком уровне. Прерывание беременности наносит серьезную травму психологическому здоровью подростка. По результатам анкетирования по шкале Спилбергена-Ханина отмечается большой процент пациенток с высоким уровнем тревожности. Учитывая все эти факторы, видна необходимость разработки программ психологической помощи данной группе пациенток.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство и гинекология. — 2008. — № 2. — С. 18–13.
2. Гинекология. — 2006. — № 3. — С. 9–12.
3. Ресурсы всемирной сети Internet (<http://www.abori.ru>, <http://www.en.wikipedia.org>, <http://www.contraception.com>)
4. Безопасный аборт // Доклад научной группы ВОЗ. — Женева, 2004. — С. 3–126.
5. Katie Forster The Hidden Truth by Christine de Stoop // Manchester HMS. — 2006. — P. 6–318.

УДК 613.955:621.397.13

ВЛИЯНИЕ СРЕДСТВ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ШКОЛЬНИКОВ

Станишевская В. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. П. Мамчиц

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Одним из наиболее влиятельных и доступных средств массовой информации является телевидение, в частности, рекламная деятельность. Основой правового регулирования рекламной деятельности в нашей стране служит Закон РБ «О рекламе» от 18 февраля 1997 г. [1, 2, 3].

Материалы и методы исследования

Анализировались анкеты опроса подростков (177 анкет), программы телепередач. Обработка данных проводилась с использованием общепринятых статистических методов и компьютерной программы Microsoft® Office Excel 2003.

Результаты исследования и обсуждение

В соответствии со статьей 14 Закона, реклама алкогольных напитков на радио и телевидении запрещается. Пиво разрешено рекламировать с 18 часов. Реклама табачных изделий на радио и телевидении с 7 до 22 часов запрещается. Реклама табачных изделий должна содержать информацию о вреде, который наносит здоровью человека их потребление. Согласно закону суммарный объем рекламы не должен превышать 20 % от суточного эфира. По результатам анкетирования среди 13-15 летних школьников можно судить об отрицательном отношении подростков к рекламе. Причем, мальчики более негативно относятся к рекламе, чем девочки. Основная часть анкетированных учащихся не согласна с тем, что для повышения эффективности в рекламном ролике можно использовать любые средства, потому что содержание рекламы должно быть этичным и не наносить морального ущерба потребителям.

При анализе программы телепередач за неделю установлено, что программы о здоровье составляют 1,2 % (9,25 часа из 798 часов) от общего телевизионного эфира за неделю. Это в среднем 2 передачи в течение дня по основным телеканалам от телеэфира в целом. Максимальная длительность трансляции передач о здоровье наблюдалась в субботу — 145 минут эфирного времени в сутки, минимальное время трансляции в воскресенье — 30 минут, в остальные дни — от 60 до 90 минут в сутки в телеэфире в целом. В будние дни данные программы идут в период с 12.00 до 15.00, что является рабочим или учебным временем и, следовательно, крайне неудобно для просмотра данных телепередач. В просмотренных телепередачах о здоровье, в основном, рассказывают о заболеваниях взрослых. В телеэфире отсутствуют передачи о здоровье, направленных на формирование здорового образа жизни подростков.

Выводы

Основным направлением по формированию здорового образа жизни является коррекция гигиенического поведения в направлении, обеспечивающем сохранение и укрепление здоровья, снижение заболеваемости. Реализации этого будут способствовать проведение информационно-образовательных мероприятий в сфере охраны здоровья для удовлетворения спроса населения на информацию о укреплении и сохранении здоровья, организация и проведение широкомасштабных акций по формированию престижа здорового образа жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Даутов, Ф. Ф. Влияние факторов окружающей среды на физическое развитие детей дошкольного возраста / Ф. Ф. Даутов // Гигиена и санитария. — 2001. — № 6 — С. 49–52.
2. Камилова, Р. Т. Влияние социально-гигиенических факторов условий жизни детей школьного возраста на уровень их физического развития / Р. Т. Камилова // Гигиена и санитария. — 2001. — № 6. — С. 52–55.
3. Лысенко, А. И. Роль социальных и биологических факторов в формировании состояния здоровья детей дошкольного возраста / А. И. Лысенко // Гигиена и санитария. — 2002. — № 3. — С. 46–47.

УДК 612.817.3:796.071.2

ВЛИЯНИЕ ИСХОДНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА НА ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ СПОРТСМЕНОВ-ФУТБОЛИСТОВ

Старовойтов А. Н., Рафеенко О. Д.

Научный руководитель: ассистент А. А. Жукова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Анализ вариабельности сердечного ритма является методом оценки состояния механизмов регуляции физиологических функций в организме, нейрогуморальной регуля-

ции сердца и соотношений между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы. Вегетативный гомеостаз — один из важнейших показателей, характеризующих функциональное состояние организма. Параметры variability сердечного ритма (BPC) позволяют адекватно оценить не только состояние здоровья, но и уровень тренированности спортсмена. Программно-аппаратный комплекс «Омега-С» предназначен для анализа биологических ритмов организма человека, выделенных из электрокардиосигнала в широкой полосе частот.

Цель исследования

Определить влияние исходного вегетативного тонуса на показатели физического состояния спортсменов-футболистов.

Материалы и методы

Обследование функционального состояния 17 спортсменов мужского футбольного клуба проводилось на программно-аппаратном комплексе «Омега-С» в автоматическом режиме с компьютерной обработкой данных. Оценку вегетативного тонуса проводили по гистограмме, анализируя параметры динамики ритмов сердца (по А. М. Вейну) — Мо, АМо, ИН, а также по данным статистического и спектрального анализа. Высокие частоты (HF) — характеризуют преимущественную роль парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Низкие частоты (LF), в большей степени, указывают на преобладание симпатического отдела нервной системы. Доминирование очень низких частот (VLF) бывает при истощении регуляторных систем организма и свидетельствует о гуморально-метаболических и (или) церебральных эрготропных влияниях. Оценка показателей центральной регуляции и состояния эндокринной системы проводилась методами нейродинамического анализа биологических ритмов организма.

Результаты и обсуждение

По результатам исследования у большинства обследованных (9 спортсменов) установлено вегетативное равновесие. Среднее значение ИН в данной группе составило 92,3. Умеренная ваготония определялась у 5 спортсменов, среднее значение ИН в этой группе составило 30,44. Выраженная ваготония выявлена у троих спортсменов, среднее значение ИН в данной группе составило 18,53. У большинства спортсменов имеется значительное преобладание парасимпатических влияний на синусовый ритм. Этому свидетельствует преобладание мощности HF над LF, снижение показателей АМо, ИН, SDNN и CV. Показатели вегетативной регуляции спортсменов, значения которых значительно отличаются от средних, приведены в таблице № 1.

Как видно из данных таблицы 1, первые 4 спортсмена имеют вегетативное равновесие регуляторных механизмов. Преобладание парасимпатических влияний для спортсменов является нормой, значения близкие к умеренной симпатотонии свидетельствуют о выраженном нарушении системы регуляции кардиоритма и снижении запаса адаптации у данного спортсмена. Это подтверждается показателями спортсменов, указанными в таблице 1, 2. У спортсменов под номерами 5–7 парасимпатическое влияние выражено очень сильно, они имеют выраженную ваготонию. Показатели физического состояния и нейродинамических кодов ритмов сердца спортсменов представлены в таблице 2.

Таблица 1 — Показатели вегетативной регуляции спортсменов, отличные от средних

№	Анализ гистограммы				Статистический анализ			Спектральный анализ			Вегетативный тонус
	Мо	АМо	ИН	ИБР	RRNN	SDNN	CV	HF	LF	VLF	
1	840	31,53	84,8	142,5	852	46,9	5,5	222/12	357/19	1296/69	Вегетативное равновесие
2	640	36,18	91,5	117,1	696	54,9	7,9	259/9	1973/68	659/23	Вегетативное равновесие

3	840	41,08	81,5	136,9	849	49,8	5,9	185/8	1175/52	886/39	Вегетативное равновесие
4	800	45,39	150,1	240,2	804	34,9	4,3	136/11	740/61	333/28	Вегетативное равновесие
5	1040	16,21	19,7	41,1	1008	90,3	9	5232/68	1506/20	975/13	Выраженная ваготония
6	1200	18,34	13,8	33,1	1235	109,2	8,8	1574/14	2183/19	7556/67	Выраженная ваготония
7	1000	17,47	22,1	44,3	1036	81,5	7,9	3203/51	1679/27	1403/22	Выраженная ваготония

Таблица 2 — Показатели физического состояния организма и нейродинамических кодов ритмов сердца

№	Гистограмма кодов			Показатели физического состояния		
	Коды с нормальной структурой	Коды с измененной структурой	Коды с нарушенной структурой	Уровень тренированности	Резерв тренированности	Уровень адаптации к физ. нагрузкам
1	0	26	74	76	53	39
2	39	34	28	65	80	71
3	38	47	15	68	57	57
4	13	76	11	46	37	57
5	100	0	0	100	92	100
6	73	27	0	100	91	87
7	84	16	0	100	80	97

Вывод

Спортсмены-футболисты, у которых преобладает влияние симпатического отдела ВНС имеют низкие показатели тренированности и низкий уровень адаптации к физическим нагрузкам, для них характерен значительный процент нейродинамических кодов с нарушенной и измененной структурой, что может свидетельствовать о напряжении регуляторных систем организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вариабельность сердечного ритма: теорет. асп. и возм. клин. прим. — СПб.: Научно-исследовательская лаборатория «Динамика», 2002. — 28 с.
2. Смирнов, К. Ю. Разработка и исследование методов матем. моделир. и анализа биоэлектрических сигналов / К. Ю. Смирнов, Ю. А. Смирнов. — СПб. : Научно-исследовательская лаборатория «Динамика», 2001. — 24 с.

ТОМОГРАФИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ДИСКАГЕННЫХ ПОЯСНИЧНЫХ РАДИКУЛОПАТИЯХ

Степанец Е. А., Олизарович М. В.

Научный руководитель: к.м.н. М. В. Олизарович

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Быстрота купирования болевого синдрома при дискогенном поясничном радикулите на фоне консервативной терапии позволяет в некоторых случаях не проводить нейрохирургическое вмешательство [1, 2]. Возможность оценить по компьютерной томограмме успешность консервативной терапии позволит избежать ненужных затрат на хирургическое лечение и уменьшает риски для больного [1, 3].

Цель и методы исследования

Целью настоящего исследования был поиск томографических маркеров эффективности консервативного лечения при поясничных дискогенных радикулопатиях. Проведен сопоставительный анализ (69 случаев) эффективного консервативного лечения пациентов с дискогенными радикулопатиями (первая группа) с группой из 63 больных (вторая группа), которым выполнено хирургическое удаление грыжи межпозвонкового диска (МПД). Проанализированы следующие показатели: величина грыжи МПД и сагиттальный размер спинномозгового канала на уровне дисковой радикулопатии.

При анализе получены данные рентгеновской компьютерной и магнитно-резонансной томографии, свидетельствующие о величине грыжевого выпячивания и сагиттальном размере позвоночного канала на уровне грыжи (таблица 1).

Таблица 1 — Размер грыжевого выпячивания

Размер грыжевого выпячивания, мм	Группа больных			
	первая		вторая	
	n	%	n	%
3–4	16	23,2	10	15,9
5–8	51	73,9	36	57,1
9 и более	2	2,9	17	27,0

Данные таблицы 1 свидетельствуют о том, что у большинства больных первой и второй группы величина грыжевого выпячивания была в пределах 5–8 мм (соответственно 73,9 % и 57,1 %). Возможность оценить величину грыжи еще раз подчеркивает ценность лучевой и магнитно-резонансной томографии в планировании хирургического вмешательства. Однако размер грыжи МПД не всегда является основанием к проведению нейрохирургического вмешательства. Показания к операции определяются с учетом величины и формы спинномозгового канала. Сведения о переднезаднем размере спинномозгового канала на уровне грыжи МПД представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Размеры спинномозгового канала на уровне грыжевого выпячивания

Сагиттальный размер спинномозгового канала, мм	Группа больных			
	первая		вторая	
	n	%	n	%
До 12	3	4,3	16	25,4
13–15	18	26,1	15	23,8
16–20	40	58,0	26	41,3
21 и более	8	11,6	6	9,5

Из таблицы 2 следует, что абсолютно узкий спинномозговой канал определялся, преимущественно, в группе оперированных больных (25,4 %).

Выводы

Томографическим маркером эффективности консервативного лечения может быть сагиттальный размер спинномозгового канала. В группе пациентов, излечившихся без операции, узкий спинномозговой канал (менее 12 мм) встретился только в 4,3 % случаев, а среди лиц, подвергшихся операции, в 25,4 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Попелянский, Я. Ю. Позвоночный остеохондроз — болезнь антигравитационного приспособления взрослого (постхордального) человека / Я. Ю. Попелянский // Журн. неврол. и психиатр. — 2000. — № 7. — С. 65–66.
2. Бирючков, М. Ю. Анатомо-клинические исследования показателей, влияющих на выраженность болевых синдромов при заднебоковых и фораминальных грыжах на пояснично-крестцовом уровне / М. Ю. Бирючков // Нейрохирургия. — 2005. — № 2. — С. 32–34.
3. Орлов, В. П. Остеохондроз позвоночника / В. П. Орлов [и др.]; ред. Б. В. Гайдар // Практическая нейрохирургия. — СПб.: Гиппократ, 2002. — С. 517–551.

УДК 617.741–036.868:614.2–05

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ХРУСТАЛИКА ГЛАЗА

Стрижак Е. А., Амбрушкевич А. Ю.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Е. М. Тищенко

Учреждение образования

«Гродненский Государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Офтальмологическая патология оказывает значительное влияние на качество жизни больных и имеет важное медико-социальное значение. В структуре причин госпитализации с офтальмологической патологией одно из ведущих мест занимает заболевание хрусталика глаза (17,14 %), влияя на организацию медицинской помощи в стационаре. Данная патология определяет трудовой и социальный компонент населения, обращающегося в офтальмологические отделения для оказания помощи. Исходя из вышеуказанного, мы изучили госпитализацию больных с патологией хрусталика в стационар, проанализировано 213 карт выбывших из стационара за 2006 г. в офтальмологическом отделении. Среди выбывших преобладали лица женского пола (63,4 %), старшего (40–59 лет — 1,4 %) и пенсионного возрастов (60 лет и более — 98,6 %). Городское население превалировало (59,6 %) над сельским (40,4 %). По экстренным показаниям госпитализировано 43,6 %, в плановом порядке — 56,4 %. Подавляющее число пациентов обратилось за помощью в этом году впервые — 99,6 %. Хирургической коррекции патологии подверглось 91,5 % пациентов. Пик поступлений зарегистрирован в весенне-летний период (29,6 % и 34,8 % соответственно).

Исходя из приведенных выше данных можно сделать следующие выводы:

- 1) женщины более предрасположены к заболеваниям хрусталика;
- 2) данная офтальмологическая патология прогрессирует у лиц старшего и пенсионного возрастов;
- 3) условия окружающей среды играют существенную роль в развитии заболеваний глаз;
- 4) отмечается выраженная сезонность заболевания.

Результаты данного анализа можно использовать для улучшения организации офтальмологической помощи в стационаре, а также для профилактики заболеваний хрусталика у людей, относящихся к группе риска.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляева, М. И. Офтальмология / М. И. Беляева. — 2004. — № 4 — С. 55–66.
2. Шпак, А. А. Вестник офтальмологии / А. А. Шпак. — 2006. — № 4 — С. 18–20.

Мифологемы — это мифы, обычно воспринимаемые как суждения здравого смысла, стереотипные представления, которые кажутся настолько сами собой разумеющимися, что их необоснованность попросту не замечается. Иногда мифологемы формулируются как сознательно принятые установки, но, чаще всего, люди в своих взглядах и рассуждениях исходят из них, не особенно задумываясь об их необоснованности и вымышленности. Мифологемы внедряются в умы людей за счет частоты повторения и длительности воздействия. И в дальнейшем формируют мир потребностей и желаний.

Последние несколько десятилетий здоровье стоит в ряду основных ценностей человеческой жизни и претендует на место самой главной ценности. Известная формула «Главное здоровье! Остальное приложится!» знакома даже детям, ее повторяют все и повсюду. Появились всевозможные школы и курсы, которые утверждают: «Человек не имеет права быть несчастным и больным. Человек не может быть счастлив, если у него проблемы со здоровьем. Только здоровый человек может обрести полноту счастья». Два сцепленных слова «здоровье» и «счастье» фактически становятся синонимами и подразумевают друг друга. Та же идеология положена в основу «планирования семьи», ее адепты неустанно твердят, что каждый ребенок должен быть здоровым и желанным. И делают логический вывод, что нездоровым и нежеланным на свет появляться не стоит. Поэтому, гуманно прекратить их страдания буквально в самом зародыше. Ведь они будут несчастны, а человек создан для счастья. Чудовищные детские жертвоприношения на алтарь здоровья сегодня приобретают невиданные размахи. Все больше стран под давлением мирового сообщества узаконивают убийство нерожденных детей, мотивируя это нездоровьем, нежеланностью младенца или угрозой для здоровья женщины. Гарантия сохранения жизни родившихся детей сегодня тоже висит на волоске. Фетальную терапию, препараты из абортированных детей, называют «медициной XXI в.». Таким образом, мифологема здоровья несет в себе серьезные угрозы для человека, а мы в очередной раз приходим к выводу: ~~здоровье — это не цель, а состояние, которое человек должен достигать в процессе жизни~~ человек должен только быть здоровым. В свое время архимандрит Иоанн Крестянкин на вопрос: «Что должно быть главным в служении сестры милосердия?» ответил: «Сестра милосердия должна научить больного любить свою болезнь». Наши размышления о боли и болезни должны выйти в метафизическое пространство, поскольку в рамках рационального познания не существует удовлетворительного ответа о природе человеческого страдания.

Как же, вообще, смотрели на боль и болезнь люди в прошлом? Обратимся к истории. Древние греки болезни и сопровождавшие их боли воспринимали как случайность и необходимость в природе. Это был прогресс в истолковании причины и смысла болезни, поскольку человек должен был исследовать, а затем и лечить, и побеждать ту часть болезни или те болезни, которые возникли как плод случайности. Что же касается другой части болезней, которые, по греческим убеждениям, являлись следствием природной необходимости, то такие болезни учили человека терпению и покорности перед лицом необходимости и приятию своей судьбы. Все-таки, в греческом понимании болезни и страдания человека все еще продолжал страдать не по своей вине, а лишь под ударами высших и непонятных сил необходимости. Таким образом, его страдание было страданием без надежды.

С того времени, когда Бог открывает себя в истории, в Ветхозаветной религии принципиально меняется смысл всех явлений человеческой жизни, в том числе и болезни. В Ветхом Завете Господь поражает болезнью. Болезнь рассматривается как действие Бога, взывать нужно к Нему, а не к врачам. Болезнью можно вразумляться. Труд и болезнь сопровождают человека в его лучшие годы. Болезнь рассматривается как Промысел, наказание, расплата, как воспитание человека. В Ветхом Завете болезнь имеет ряд значений, раскрытие которых принципиально и важно для спасения и исцеления человека. Во-первых, болезнь как проявление несовершенной, тленной природы падшего человечества. Во-вторых, болезнь как испытание в верности. Она настигает, как правило, верных. Это примеры ветхозаветного Иова и апостола Петра. В-третьих, болезнь как призыв к покаянию и осмыслению своей жизни. Это свидетельство Божественного равнодушия и любви к нам.

И лишь после христианского учения о природе и новом предназначении человека начинается не только личная ответственность за болезни и страдание человека как свободного существа, но само его страдание обретает смысл, и это смысл надежды, смысл несения креста. «Нет воскресения без смерти!» «Блаженны плачущие, ибо они утешатся!» Иов страшно страдает, но и надеется. Разве смог бы разгореться в нем огонь надежды на осмысленный исход страдания, если бы человек от начала времен не носил в себе «принцип надежды». Этот «принцип надежды» подробнейшим образом раскрывает православная антропология. Святые отцы и современные подвижники пишут об очищающем огне болезни, о ее несомненной духовной пользе, о ее необходимости для человека. Достаточно вспомнить традицию благодарения за онкологические заболевания, которая существует у афонских монахов.

Боль, болезнь и страдание уже не то, чем были они более двух тысяч лет назад – случайностью и необходимостью, не то, что настигает нас извне как непознанная и неукротимая судьба, не наказание. Со времен Христа они существуют как моя боль, моя болезнь и мое страдание, за которые отвечаю только я, и, если кто-то в них виновен, то это только я. Эти, таким образом, принятые боль, болезнь и страдание обретают новый смысл, единственно возможный смысл во Христе, смысл очищения и преображения.

Таким образом, этический путь болезни «случайность–необходимость–наказание–вызов» завершается для нас шансом, очень серьезным шансом на преображение и спасение.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Владета Еротич*. Психологическое и религиозное бытие человека / Владета Еротич. — М.: Библийско-богословский институт св. апостола Андрея, 2004.
2. *Медведева, И.* В кильватере «Титаника»? / И. Медведева, Т. Шишова. — М.: «Даниловский благовестник», 2007.
3. *Силуянова, И.* Антропология болезни / И. Силуянова. — М.: Изд-во Сретенского монастыря, 2007.
4. *Лосев, А. Ф.* Философия. Мифология. Культура / А. Ф. Лосев. — М., 1991.

УДК: 316.7:378.661 (476,6)

ОБЩЕСТВО РИСКА И КОМФОРТА В СОЦИОЛОГИЧЕСКОМ ИЗМЕРЕНИИ

Терешко Н. Н.

Научный руководитель: к. и. н., профессор Л. И. Лукьянова

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Современное общество повышает одновременно и безопасность, и ненадежность. Это противоречивое развитие придает понятию риска особое выражение и значение для теории общества. Риск при этом означает не более, чем соотношение шансов и потерь по отношению к определенному решению, с помощью которого неизвестное будущее хотят сделать вычислимым.

В этой связи нами в 2009 г. было проведено небольшое социологическое исследование, целью которого было получение эмпирического материала, подтверждающего или опровергающего основные жизненные установки современного студента, обозначенные в нашем исследовании.

Задачи работы — выявить отношение студентов к риску и комфорту.

Материалы

Разработанная нами оригинальная анкета, в заполнении которой приняли участие 200 студентов, поровну студенты 4-го и 6-го курсов ГрГМУ.

Методы

Социологический, аналитический, статистический.

Результаты и их обсуждение

Всеохватывающая установка на традиции, стабильность просматривается во многих ответах на вопросы предложенной анкеты. Так, например, большинство студентов, больше всего, опирается на авторитетное мнение родителей, до 70–71 % на 4,6 курсах, что весьма обнадеживает особенно в том случае, когда кто-то в семье добился больших успехов в жизни, появляется стимул и у детей идти дальше и достигать поставленных целей; затем на мнение друзей и коллег — 11 % на 4 курсе, 15 % на 6-м — эти люди не совсем уверенные в себе и только от 2 до 3 % опрошенных доверяют авторитету государственных структур. Такой низкий процент свидетельствует о том, что их деятельность мало удовлетворяет. У 12 % студентов 4 курса и 6 % — 6-го — свое мнение превыше всего. Это очень уверенные в себе люди, и последнее слово всегда будет за ними, и можно полагать, что они более других способны идти вперед.

Если оценить приоритетность с позиций нашей темы, то можно заключить, что комфортное общество в понимании студентов — это высокий уровень и качество жизни, развитая экономика, отсутствие бедности и нищеты, преодоленная коррупция. Печально, но проблема духовного комфорта — проблема улучшения образования, воспитания, духовной жизни, в целом, также как и развитие науки, и как проявление духовного начала в человеке — патриотизм, менее значительны.

Закономерный вопрос касался профессиональной деятельности будущих врачей, тем более, что в опросе принимали участие выпускники Гродненского государственного медицинского университета. На общий вопрос: «Что Вы хотели бы изменить в системе здравоохранения?» и студенты 4-го курса и 6-го абсолютно уверены, что в систему здравоохранения необходимо внести соответствующие изменения. При этом более половины студентов 4 курса (65 %) и 49 % шестикурсников полагают, что главное, что необходимо сделать — это повысить заработную плату медицинским работникам. Высокий процент и тех, кто предлагает развивать медицинское страхование всех работающих. Менее всего считающих, что необходимо сделать медицину платной, очевидно, понимая, что в социальном государстве сохранение базовых медицинских услуг бесплатными — аксиома, не требующая доказательств.

Что же собираются предпринять студенты-медики, чтобы преодолеть возможные последствия кризисных явлений. Подавляющее большинство будут самостоятельно искать любой путь улучшения своей жизни, ни на кого не надеясь. Поэтому студентов 4-го и 6-го курсов можно охарактеризовать как предприимчивых и сильных людей, не сдающихся перед любыми трудностями в случае неблагоприятной ситуации в стране. Достаточно высок и процент тех, кто примет решение уехать в другую страну. Этот достаточно рискованный шаг характеризует современное молодое поколение как людей также предприимчивых, хотя и ценящих материальный достаток много выше, чем такие высокие чувства как родина, моя страна, моя семья. Пассивных, конформных людей, которые будут терпеливо ждать лучших времен в современной студенческой среде также немного, как немного и нонкон-

формистов, предпочитающих добиваться улучшения своей жизни способами социальной борьбы — участием в забастовках, демонстрациях и т. п.

Выводы

Подводя итоги нашего исследования, заметим, что непосредственные опросы общественного мнения, как правило, неоднозначны. В массовом сознании, даже в одних и тех же общественных группах, позитивные оценки каких-либо действий сопровождаются оговорками, неуверенностью в оценках. Так, в данном исследовании феномен риска и комфортности жизни рассматривался гипотетически, как возможное намерение действия, желание надеяться, которое диктует массовому сознанию своего рода направленный отбор поступающих сигналов.

УДК 616.127-076-009.81:616.13-002

ХАРАКТЕРИСТИКА БИОПТАТОВ МИОКАРДА ПРИ АЛКОГОЛЬНО И ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЯХ

Тимошок Е. Л., Буйко А. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент З. Н. Брагина

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Наиболее частыми в структуре заболеваний, приводящих к дилатации полостей сердца являются дилатационная кардиомиопатия идиопатическая (ДКМП), алкогольная кардиомиопатия (АКМП). Остальная патология (миокардиты, постинфарктный кардиосклероз, специфические кардиомиопатии, артериальная гипертензия) вносит меньший вклад. Для предотвращения дальнейшей дилатации полостей используют поддерживающие устройства сердца. Однако большое значение имеет знание заболевания, которое привело к дилатации полостей сердца, так как это непосредственно влияет на течение и врачебную тактику в послеоперационном периоде.

Цель исследования: определить морфометрические характеристики структурных компонентов миокарда в интраоперационных биоптатах.

Материалы и методы

Материалом послужили 60 интраоперационных биоптатов дилатированного миокарда. Фрагменты миокарда левого желудочка и межжелудочковой перегородки брали интраоперационно эндоваскулярно, размером 0,2–0,3 см. Фиксировали нейтральным формалином, проводили по стандартной методике, толщина среза 4 мкм. Использовались гистологический, гистохимический, иммуногистохимический, морфометрический методы и статистический анализ данных с использованием программ MS Excel 2007, «Statistica» 6.0. Для выявления ядер препараты окрашивали гематоксилином и эозином; окраска по Массону позволила выявить диффузный кардиосклероз; окраска MSB – поврежденные кардиомиоциты. Иммуногистохимическое окрашивание с реактивом α -sma — гладкомышечные элементы сосудов. Подсчет площади структурных компонентов миокарда проводили с помощью сетки Автандилова (квадрат площадью 1 см², разделенный на 400 малых квадратов). Подсчет проводился в 10 случайных полях зрения, избегались края препаратов.

Результаты исследования

Возраст больных от 19 до 66 лет (средний — $41 \pm 1,5$ года). Большинство оперируемых в возрастной группе от 39 до 45 лет (30 %). Женщин — 10 (16,7 %), мужчин — 50 (83,3 %). Средняя площадь (СП) ядер при ДКМП — $0,0298 \pm 0,00267$ см² больше СП ядер при АКМП — $0,0197 \pm 0,00086$ см². СП поврежденных кардиомиоцитов (при

ДКМП — $0,4306 \pm 0,0394 \text{ см}^2$, АКМП — $0,4318 \pm 0,02978 \text{ см}^2$); больше неповрежденных (при ДКМП — $0,2808 \pm 0,0248 \text{ см}^2$, АКМП — $0,3391 \pm 0,02329 \text{ см}^2$), СП склероза при ДКМП — $0,04491 \pm 0,01459 \text{ см}^2$, АКМП — $0,01075 \pm 0,0047 \text{ см}^2$. СП сосудов при ДКМП — $0,0255 \pm 0,0093 \text{ см}^2$, АКМП — $0,0081 \pm 0,00235 \text{ см}^2$.

Выводы

1. В структуре диагнозов пациентов, подлежащих хирургической коррекции, преобладает ДКМП.

2. При клиническом диагнозе ДКМП, часть биоптатов миокарда принадлежала лицам с АКМП.

3. Биоптаты пациентов отличаются по морфометрическим характеристикам.

4. Группа пациентов, подлежащих хирургической коррекции, неоднородна, что влияет на течение послеоперационного периода

ЛИТЕРАТУРА

1. Амосова, Е. Н. Кардиомиопатии / Е. Н. Амосова. — Киев, Книга плюс, 1990. — 424 с.
2. Окорочков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов / А. Н. Окорочков. — М., 2004. — Т 8. — С. 312–313.
3. Островский, Ю. П. Хирургия сердца / Ю. П. Островский. — Мн., 2007. — С. 508.
4. Шумаков, В. И. Дилатационная кардиомиопатия / В. И. Шумаков, М. Ш. Хубутя, И. М. Ильинский. — М., 2003. — 448 с.

УДК 2

ГЛУБИНЫ НАШИХ ДУШ

Титенко Л. Г.

Научный руководитель: Соболева Л. Г.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Не все так просто в нашем современном мире. У человека давно исказились такие понятия, как «Бог», «вера», «душа», «любовь», «болезнь» и «грех». Они понимаются уже по-другому: Бог — миф; вера в сверхъестественные силы перешла в веру в самого себя; душа — 21 г. невидимой материи; любовь — эмоция, вызванная в результате разных химических реакций, происходящих в теле человека; болезнь — временное или постоянное изменение структуры тканей человека, приводящее к изменению нормальной работы органов и систем; а грех — выдуманное сверхъестественное наказание. Человек стремится к источнику жизни умом, чувствами, помыслами. Как мы сможем разобраться с нашим духовным миром, если утратили эти понятия? Потеряли ту цепочку, которая связывала человека с Богом, которая раньше облегчала жизнь верующим людям, которая исцеляла болезни телесные и духовные, которая просто давала надежду на то, что все будет хорошо. Особенно эта цепочка важна для людей, которые непосредственно связаны со здоровьем, жизнью и формированием личности — это врачи, военные и преподаватели. Для студентов медицинского университета, будущих врачей, это тоже немало важно. Именно сейчас закладывается основа нашего врачебного поведения и именно сейчас мы должны правильно разграничить эти понятия, чтобы в дальнейшем правильно оказывать помощь. ~~Выводим~~ за написание этой статьи, я долго размышляла и задавала себе множество вопросов: Что главнее у человека тело или душа? Что такое болезнь и грех с Православной точки зрения? Правда ли, что болезни посылаются нам за грехи наши? Нужна ли помощь Божья при лечении больных? Как влияет любовь на оказание врачебной помощи? На эти вопросы я попыталась ответить.

Понятие «душа» в библейском смысле этого слова отличается от нашего обыденного понимания. Наше сознание, чаще всего, представляет человека, состоящим из тела и души, как сосуд с несмешивающимися жидкостями (скажем, с водой и маслом). В Библии душа имеет очень много значений, и все зависит от контекста.

В общем же, душа охватывает всего человека: поскольку он оживлен духом жизни, но душа не является частью, образующей в соединении с телом человеческое существо. Душа не обитает в теле, а выражается телом. Поэтому, «жизнь» и «душа» часто оказываются равнозначными. Что главное у человека, тело или душа? — Душа главное. Когда душа жива, и человек жив. Это самый короткий и верный ответ. Душа — символ жизни, бестелесная оболочка, которая дается человеку для поддержания в ней жизни. Несомненно, душа нуждается в теле, а тело в душе. Душа не совершенна без тела, а тело не совершенно без души.

Как правило, люди думают, что болезни посылаются нам за грехи, но это не совсем верно. Болезни даются для того, чтобы люди осознавали, что жизнь на земле не вечна, и нужно изменить себя для другой неземной жизни. Болезнь — это своего рода испытание человека Богом, при котором верующий станет благодарить Всевышнего за посланное страдание, а человек не глубоко верующий станет укорять Его. При страданиях, чаще всего, просыпается совесть, милосердие, люди начинают понимать и сочувствовать чужим проблемам, нередко оказывая свою помощь. Существует такая христианская добродетель, как безропотное перенесение болезней. Святой Феофан Затворник по этому поводу замечал: «Все от Бога: и болезнь, и здоровье, и все то, что от Бога, подается нам во спасение наше. Так и ты принимай свою болезнь и благодари за то Бога, что печется о спасении твоём». «Страдающий плотью перестает грешить», — пишет апостол Петр.

С православной точки зрения Бог — источник жизни, Создатель земли, неба, воздуха, воды, животных и первых людей. Именно от него зависит жизнь человека и всего живого. Исцелять или не исцелять человека — суверенное право Бога. Он контролирует ситуацию болезни и выздоровления, зачастую преследуя только Ему известными способами. Врачи призваны думать о больном, сострадать ему, проявлять чудеса милосердия. Из истории известно, что многие из них пожертвовали собой ради спасения людей от эпидемий, разрабатывая вакцины, подвергали себя смертельной опасности при работе с вирусами, отдавали больным свою кровь. В годы Великой Отечественной войны санинструкторы выносили раненых с поля боя, рискуя своей жизнью ради спасения жизни других. Таким образом, служа больному, врачи (независимо от того, верующие они или нет) служат Богу. В первую очередь, служение врача — это служение любви и сострадания. Он призван с любовью лечить больного. Если этого нет, то нет главного двигателя, нет «души» и «сердца». Тогда врачебная практика становится напрасна.

Мир истосковался по Богу, он нуждается в том, чтобы кто-то привел его к Спасителю и Исцелителю, к Его Истине, к его Правде о спасении и выздоровлении. Пусть же этими людьми будем мы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бочаров, А. С. Любовь исцеляющая. Очерки психологии болезни и выздоровления / А. С. Бочаров, А. В. Чернышов. — Ив: Свет православие, 2004. — 244 с.
2. Силуянова, И. В. Современная медицина и православие / И. В. Силуянова. — М: Московское подворье Свято-Троицкой Сергеевой лавры, 1998. — 200 с.
3. Филимонов, С. Церковь, больница, больной / С. Филимонов. — СПб: Православный паломник, 1999. — 270 с.

УДК 61+2

БОЛЕЗНЬ ТЕЛА И БОЛЕЗНЬ ДУШИ

Титова Г. А.

Научный руководитель: ассистент О. Н. Кононова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Во все времена люди искали ответ на вопрос: в чем смысл жизни, какой смысл имеет болезнь, почему существует болезнь тела и души? Одни считали, что это судьба,

случай, другие — что это наказание Бога, высшего суда за грехи человека. Обычно болезнь рассматривают как большое зло, стараются бороться с ней и искоренять ее всеми возможными методами. Незнание истинного смысла болезни — равнозначно отказу от целостного взгляда на нее. Однако, всегда были и есть люди, которые знали о центральной роли болезни для нашего дальнейшего жизненного развития. Самое время вспомнить здесь и русского терапевта С.П.Боткина: «Лечить следует не болезнь, а больного», точнее, его душу, что является близким к современности признанием наследия Эскулапа: «Болезнь тела следствие болезни души».

Душа наша же страдает от бесконечных грехов, которые мы совершаем. Каждый поступок, каждое событие жизни, каждое произнесенное или услышанное слово, каждая выпитая рюмка или выкуренная сигарета отражается в нашей Душе, в наших генах, в той или иной мере. Иногда болезни — это зависть, злоба, обида, результат непростения себя, расхождения убеждений, верований, ценностей и поведения. Поэтому, для больного одно из главных лекарств — искреннее раскаяние в своих грехах, твердое намерение в исправлении.

Вспомните, что говорил Иисус Христос, исцеляя больного: «Иди и больше не грешь».

Отец Небесный дал нам законы, заповеди, которые касаются нравственной стороны жизни человека, касаются его души. Мы говорим больному: «Не кури». И начинаем читать ему лекцию о вреде курения. А эффект каков?

А может быть, используя знания (знания православия), сказать больному: «Дорогой мой. Знаешь ли ты, что твоя болезнь — это посещение тебя Отцом Небесным, что послана она тебе во спасение, ибо Творец Наш указывает тебе на твои грехи и ждет покаяния, исправления? Не унывай, родной, отгоняй уныние и неверие, чаще, призывай имя Божие, и Господь утешит тебя, хотя и даст потерпеть болезнь» [1].

Болезни всегда служили напоминанием для живущих на земле, что мы не вечны здесь, что нужно родиться в другой мир и дать отчет, что сделали в этом мире. Болезни телесные посылаются человеку от Бога не всегда за грех в наказание, но иногда и по благоволению для освобождения или для предохранения нас от недугов душевных, которые не в пример опаснее телесных [2].

Если болезнь тела есть следствие болезни души, то для врача и больного вера православная — начало и средство исцеления. Ведь врачи, ежедневно помогающие больным, — это те люди, которые свято следуют заповеди Христа: «Возлюби ближнего, как самого себя». Все мы в своей жизни сталкиваемся с различными болезнями и задаемся вопросами: за что? почему? зачем? Если проанализировать полученные нами болезни, то, можно прийти к выводу, что они бывают наследственными (гемофилия, некоторые психические заболевания и др.), полученными нами по неосторожности (травмы, ОРЗ и т. д.), болезни, которые можно напрямую отнести к повреждениям души (психосоматические заболевания, например), и болезни, которые даны нам как бы для испытания. Но, это на первый взгляд. А если присмотреться внимательнее, то окажется, что за наследственными болезнями стоит родовая болезнь души, грехи множатся, а люди не раскаиваются, не останавливаются и продолжают грешить все в том же направлении. А данная болезнь как бы говорит: «Остановитесь, осмотритесь, спасите уж если не себя, то хоть своих потомков». Болезни, полученные по неосторожности, вскрывают нашу самонадеянность, самолюбие и самолюбование — а это тоже проявления нездоровья души. А вот болезни, данные нам для развития смирения и других добродетелей, — это совершенствование наших душ.

Мы можем соглашаться с этим или нет, но лекарство — это выполнение заповедей Божьих, совершенствование собственных добродетелей, избавление от накопившихся грехов, воспитание себя и своих потомков на примере высокой нравственности и мора-

ли, на примере духовного подвига святых всех времен. И дай нам всем Господь преуспеть в этом, помогая как себе, так и окружающим нас с Христовой любовью и смирением. В псалме 61-м говорится: «Только в Боге успокаивается душа моя; от Него спасение мое. Только Он — твердыня моя, спасение мое, убежище мое».

Вывод

1. Таким образом, в православном учении мы находим бесценного, могучего помощника в вопросах сохранения и укрепления здоровья. Пользуясь им, мы получаем возможность затронуть души пациентов. И тогда наши слова о здоровом образе жизни станут не только более весомыми, но и более результативными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Игумен Никон (Воробьев). Письма духовным детям. — Клин, 2003.
2. Антоний Оптинский, преподобный. Письма к разным лицам. — М., 1996.

УДК 578.81:616.98:578.828 HIV]-08

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИКОБАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПРИ ПРОВЕДЕННОЙ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

Тищенко Г. В., Тищенко В. Н.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Л. А. Мартемьянова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Государственное учреждение здравоохранения

«Гомельское областное патологоанатомическое бюро»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

ВИЧ-инфекция является самым серьезным из числа когда-либо выявленных отдельных факторов риска в отношении развития туберкулеза. По данным ВОЗ в 2000 г. 11,5 млн ВИЧ-инфицированных были *заражены M. Tuberculosis*. В течение отдельно взятого года для человека, живущего с ВИЧ-инфекцией, вероятность заболеть туберкулезом в 50 раз выше, чем у ВИЧ-отрицательного индивидуума. Более того, при отсутствии надлежащего лечения, приблизительно 90 % вич-инфицированных людей погибают в течение нескольких месяцев после заражения туберкулезом [1].

Гистоморфологические проявления туберкулезного воспаления при ВИЧ-инфекции обнаруживают явную корреляцию с количеством CD4-лимфоцитов в крови. По мере падения их уровня прослеживаются типичные изменения в зоне туберкулезного воспаления: реже встречаются, а затем исчезают типичные туберкулезные гранулемы, в них отсутствуют характерные клетки Пирогова-Лангханса. При этом значительно уменьшается количество эпителиоидных клеток, характерно увеличение числа макрофагов, но неполноценность их функции выражается в неспособности формировать гранулемы [2]. В лечении больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией рекомендуется одновременное назначение противотуберкулезных и антиретровирусных препаратов. Более высокая эффективность такой комплексной терапии объясняется восстановлением и нормализацией иммунных реакций организма. В настоящее время назначение антиретровирусных препаратов становится необходимым элементом лечения туберкулеза с далеко зашедшими формами инфекции [1].

Цель

Изучить клиничко-морфологические особенности течения микобактериальной инфекции у ВИЧ-инфицированных, не получавших и получавших антиретровирусную терапию.

Методы

Были изучены 65 протоколов вскрытия умерших в Светлогорском и Речицком р-нах Гомельской области за период с февраля 2004 по февраль 2010 гг., с сочетанной ВИЧ-инфекцией и туберкулезом. У всех больных ВИЧ-инфекция была на стадии СПИД.

Больные были разделены на две группы: получавших антиретровирусную терапию и не получавших ее. При гистоморфологическом исследовании все случаи были разделены на экссудативную и продуктивную формы воспаления при туберкулезе.

Результаты и обсуждение

Из 65 (100 %) случаев антиретровирусную терапию (АРТ) получали 24 (37 %) больных, остальные — 41 (63 %) человек лечились по стандартной противотуберкулезной схеме без арт.

Гистоморфологически экссудативная форма воспаления при туберкулезе выявлена у 29 (45 %) больных, продуктивная форма — у 36 (55 %) больных.

Учитывая эти два фактора выявлено, что при применении антиретровирусной терапии экссудативная форма воспаления встретила лишь в 3 (5 %) случаях, а продуктивная — в 21 (32 %) случае, в то время как без АРТ большее количество форм туберкулеза носило уже экссудативный характер — 26 (40 %) случаев, а продуктивная форма без АРТ была выявлена у 15 (23 %) больных (таблица 1, рисунок 1).

Таблица 1 — Экссудативная и продуктивная формы туберкулеза с учетом антиретровирусной терапии (АРТ)

	Экссудативная форма	Продуктивная форма	
с АРТ	3 (5%)	21 (32%)	24 (37%)
без АРТ	26 (40%)	15 (23%)	41 (63%)
	29 (45%)	36 (55%)	65 (100%)

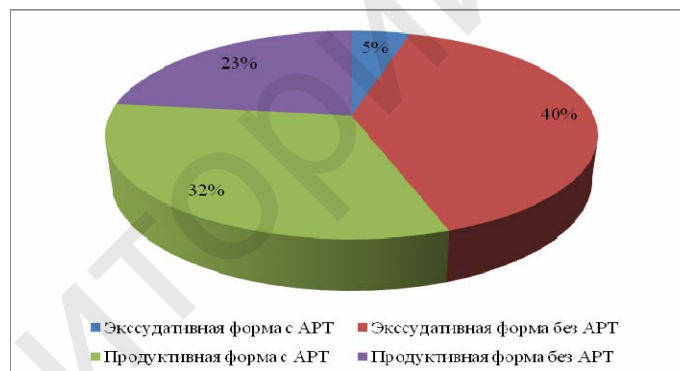


Рисунок 1 — Общее соотношение экссудативной и продуктивной форм туберкулеза с учетом антиретровирусной терапии (АРТ)

У больных, получавших антиретровирусную терапию, соотношение экссудативной и продуктивной форм туберкулеза равняется 1:7, а у больных, не получавших АРТ, то же соотношение 1:0,6.

Заключение

Анализ посмертных случаев сочетанной ВИЧ-инфекции и туберкулеза подтвердил эффективность антиретровирусной терапии при лечении микобактериальной инфекции. Таким образом, предполагается клиническая необходимость назначать препараты АРТ социально-адаптированным лицам с ВИЧ-инфекцией.

Представленные данные и результаты исследования могут быть интересны инфекционистам и фтизиатрам, занимающимся лечением микобактериальной инфекции у ВИЧ-инфицированных лиц.

ЛИТЕРАТУРА

1. Harries, A. World health organization. Tb/hiv: a clinical manual / A. Harries, D. Maher, S. Graham. — 2nd ed. — WHO publications, Geneva, 2004. — 36 с.
2. Мишин, В. И. туберкулез при вич-инфекции / В. И. Мишин, М. Д. Карачунский // «Медицинская газета». — № 15. — М., 2003.

Тодорович Е. А.

Научный руководитель: методист отдела ИВР И. Е. Климова

Женский институт «ЭНВИЛА»

г. Минск, Республика Беларусь

*Там, где любят искусство медицины,
любят и человечество.**Гиппократ*

Медицина — ровесница человечества. Существуют данные о том, что еще в глубокой древности люди применяли начальные, интуитивные медицинские знания. Посуда изготавливалась из глины, которая обладает бактерицидными свойствами. Некоторые ритуалы носили не только религиозный, но и гигиенический характер. Например, обряд кремации был распространен на территории Беларуси вплоть до X в. н.э. Новый этап в истории медицины начался с возникновением христианства. Учение Иисуса Христа, просветившее наших предков-язычников, провозгласило основным принципом любовь к Богу и ближнему и направлено, прежде всего, на исцеление, спасение души человека. Но так как существует тесная взаимосвязь между болезнями души и тела, то христианское учение оказало сильное влияние и на развитие медицины. Особую, исключительную роль в этом процессе сыграли монастыри.

Первая форма монашества зародилась на территории Египта как пустынножительство. Его основатель, Антоний Великий, выражая протест против несправедливостей человеческого мира и для того, чтобы всю свою жизнь посвятить Богу, раздал свое имущество, ушел в пустыню и стал примером для многочисленных подражателей. Первые пустынножители (анакореты) жили отшельниками поодиночке, посвящая всю свою жизнь служению Богу. Позднее некоторые монахи-пустынники стали объединяться. Первый «общежительный монастырь» (киновия) был основан в Египте в 320 г. Монастыри (от греч. monaasterion — келья отшельника) представляли собой общины монахов или монахинь, имеющие единые правила (уставы) жизни.

Со временем первоначальное содержание монашества — уход от мирской жизни — расширилось: монахи начали принимать участие и в общественных заботах. Так, например, монастыри стали местом, где вдали от мирских забот монахи (среди прочих дел) читали, переписывали и писали книги. Кроме того, деловая организация и дисциплина монастырей позволяли им в трудные годы войн и эпидемий оставаться цитаделью порядка и принимать под свою крышу стариков и детей, раненых и больных. Так возникли первые ксено-дохии (т. е. монастырские приюты для увечных и больных путников) — прообразы будущих монастырских больниц. Уже в период поздней античности с утверждением христианства попечение о больных становится предметом особой заботы церкви. Василий Великий устроил в Цезарее в 370–379 гг. целый город для больных, известный под именем «Базилия». Позднее врачебное дело достигло высокого уровня и в Константинополе, где на церковные пожертвования были основаны лечебницы. В V в., уставом св. Бенедикта, монахам было вменено в обязанность лечение больных и уход за ними, при монастырях стали создаваться госпитали и приюты. В VI в. монахи ордена св. Лазаря, возникшего на территории Италии, посвятили себя уходу за прокаженными. От имени покровителя этого ордена произошло слово «лазарет». Первоначально так называли организованные монахами приюты и больницы для прокаженных, позже лазаретом стал называться передвижной военный госпиталь. По распоряжению папы римского Григория Великого (590–604 гг.) в Европе было построено множество больниц и столовых для бедных. Аптеки в те времена были только при монастырях. Они обеспечивали лекарствами обитателей монастырей и больных в больницах-приютах. Над пригото-

лением лекарств в аптеках трудились специально подготовленные монахи, их называли инфирмирцы (от лат. infirmorum). Характерным для монастырской медицины и фармации того времени является присвоение лечебным растениям имен святых.

На славянских землях центром медицины древней Руси считалась Киево-Печерская обитель. Известнейшим врачом этого монастыря был преподобный Агапит. Также известны имена монахов-врачей: Алипия, Дамиана, Григория и др. В монастырь за медицинской помощью обращались даже великие князья. Здесь, в начале XII в., на средства правнука Ярослава Мудрого черниговского князя Святослава Давыдовича, была создана первая больница Киевской Руси. На основе этой больницы позднее возник Никольский Больничный монастырь с церквями, больницей и аптекой, который входил в состав Киево-Печерской лавры. Как свидетельствуют летописцы, к врачеванию в те далекие времена были причастны даже священнослужители, подчас самого высокого ранга. Так, успешно, судя по всему, при князе Дмитрии Донском, занимался медицинской практикой митрополит Алексий. Как свидетельствуют исторические документы — акты Ферапонтова и Кирилло-Белозерского монастырей, патриарх Никон во время 15 лет заточения занимался, в числе других дел, и лечением больных. К сожалению, нам неизвестны имена тех многих монахов-лекарей, которые, следуя христианской традиции, всегда «безмездно» оказывали медицинскую помощь. Медицина в монастырях развивалась на базе народной врачебной практики, а также с использованием достижений медицинских знаний зарубежных стран. Монахов-лечцов средневековой России можно назвать, придерживаясь современной классификации, прежде всего врачами-терапевтами и психотерапевтами. В то же время, именно они, владея методами, унаследованными от своих византийских собратьев или позаимствованными из старинных рукописей, исцеляли раны, язвы, переломы костей и другую, как мы говорим сейчас, «хирургическую патологию», т.е. были еще и врачами-хирургами, оказывали (наряду с мирскими лечцами-резалниками) хирургическую помощь. При монастырях монахи закладывали огороды лекарственных растений, занимались их выращиванием и разведением, составляли свои собственные книги-эзелей. Таким образом, мы видим, что прогресс медицины и хирургии был всегда прямо и непосредственно связан с принятием христианского мировоззрения нашими предками. Особую, исключительную роль в этом процессе сыграли монастыри, которые во все времена продолжали оставаться не только центрами христианской культуры, но и своеобразными очагами медико-хирургической помощи. Монастыри всегда являлись образцом милосердия, местом безвозмездной помощи больным и престарелым людям. Монастыри всегда были средоточием помощи больным и страждущим не только духовно, но и телесно. Монастырская медицина во все времена процветала и являлась неотъемлемой составной частью исцеления души и тела.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богоявленский, Н. А. Древнерусское врачевание в X–XVIII вв. / Н. А. Богоявленский. — М.: Медицина, 1960.
2. Брокгауз, Ф. А. Энциклопедический словарь (электронный вариант) / Ф. А. Брокгауз, И. А. Ефрон.
3. Загоскин, Н. П. Врачи и врачебное дело в Старинной России / Н. П. Загоскин. — Казань, 1891.
4. Рыбаков, Б. А. Язычество Древней Руси / Б. А. Рыбаков. — М.: Наука, 1988.

УДК 616.36 - 002.2 + 616.89 – 008. 441.35 (043.3/. 5)

ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ АЛКОГОЛЬНО-ВИРУСНЫХ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТАХ В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ

Томошев Д. С.

научный руководитель: к.м.н., доцент В. М. Мицура

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Сочетание хронических вирусных гепатитов и систематического употребления алкоголя отягощает состояние больного и ухудшает прогноз, усиливает риск раннего раз-

вития осложнений. Пациенты с хроническим гепатитом С (ХГС), употребляющие значительные дозы алкоголя, имеют более выраженные поражения печени, и повышенный риск развития цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы [1, 2].

Цель

Изучение клинико-лабораторных показателей при алкогольно-вирусных хронических гепатитах.

Материалы и методы

Было обследовано 130 пациентов (82 (63,1 %) мужчин и 48 (39,6 %) женщин) в возрасте от 14 до 80 лет (средний возраст $4,4 \pm 2,2$ года). Из них — 18 чел. с невирусными (алкогольными) хроническими гепатитами и 112 пациентов с хроническим гепатитом С, находившиеся на лечении в отделении хронических вирусных гепатитов Гомельской областной инфекционной клинической больницы. Скрининг алкогольной зависимости проводился с использованием тестов «CAGE» (3 или 4 балла) и MAST (6 и более баллов), с учетом клинико-анамнестических данных. Статистическая обработка данных проводилась с помощью непараметрического критерия Манн-Уитни.

Результаты исследования

Из 130 пациентов были выделены 3 группы: I группа (основная) — ХГС со злоупотреблением алкоголем (40 чел.) и 2 группы сравнения (II группа — ХГС без употребления алкоголя (72 чел.) и III группа — 18 чел. с хроническим невирусным алкогольным гепатитом). В I, II, III группах проводилось сравнение биохимических показателей: общего билирубина (О. билир.), тимоловой пробы, трансаминаз (АЛТ и АСТ), соотношения АСТ/АЛТ, щелочной фосфатазы (ЩФ), γ -глутамилтранспептидазы (γ -ГТП), холестерина (ХС), общего белка в г/л. Также учитывался уровень тромбоцитов, средний корпускулярный объем эритроцита (MCV). Результаты (таблица 1) представлены в виде: Ме (ИКР) (таблица 1).

Таблица 1 — Значения лабораторных показателей у пациентов в I и II группах

Показатели	I группа (N = 40)	II группа (N = 72)	III группа (N = 18)	P 1–2	P 1–3
О.билир., мкмоль/л	17,37 (11,28–28,54)	11,55 (8,74–15,7)	35,85 (9,3–142)	0,001	0,305
Тимоловая проба, ед.	6,45 (4,8–10,2)	4,05 (2,1–7,15)	2,15 (1,4–4,3)	0,001	<0,001
АЛТ, мккат/л	1,515 (1,19–2,515)	1,095 (0,81–1,63)	1,135 (0,84–2,04)	0,004	0,110
АСТ, мккат/л	2,31 (1,84–3,59)	0,96 (0,7–1,37)	1,59 (0,93–2,77)	<0,001	0,827
АСТ/АЛТ	0,96 (0,81–1,36)	0,79 (0,64–0,95)	2,37 (1,39–4,13)	0,001	0,2101
ЩФ, Е/л	232,1 (157,1–271,4)	173,2 (139,3–219,6)	246 (207,1–357,1)	0,024	0,099
γ -ГТП, Ед/л	216,6 (56,7–353,5)	44,1 (31,3–81,65)	381 (71–506)	<0,001	0,216
ГГТП/АЛТ	1,36 (0,58–2,87)	0,58 (0,37–0,93)	6,0 (4,7–6,9)	<0,001	0,052
ХС, моль/л	4,2 (3,8–5,3)	4 (3,35–4,6)	4,6 (4,1–5,4)	0,023	0,004
Общ. белок, г/л	73,95 (70,2–77,8)	73,6 (69–78,9)	73,8 (69,9–80,5)	0,591	0,8668
Тр, $\times 10^9$ /л	163 (129,5–189,5)	189 (142–243)	152 (96–217)	0,021	0,681
MCV, фл	94,95 (91,8–100,95)	86,4 (82,6–91,7)	100,5 (93–107)	<0,001	0,196

В группе больных, имеющих вирусно-алкогольное поражение печени, выявлены более выраженные изменения всех лабораторных показателей, кроме общего белка, по сравнению со II группой. Повышение билирубина и ХС, хотя и оказалось статистически значимым, клинически не значимо, т.к. не превышает нормальных значений. По сравнению с III группой (алкогольные гепатиты), в I группе выше тимоловая проба и холестерин (клинически не значимо). Остальные показатели статистически значимо не различались ($p > 0,05$).

Заключение

Лабораторные показатели при алкогольно-вирусных поражениях печени значительно более выражены, чем при ХГС без злоупотребления алкоголем, и почти не отличались от алкогольных поражений печени.

Исходя из вышеописанного, можно сделать вывод, что систематическое употребление алкоголя, в значительной степени, отягощает состояние больных с ХГС, а сам алкоголь независимо от вирусного повреждения печени может приводить к тяжелым поражениям печени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Радченко, В. Г. Основы клинической гепатологии. Заболевания печени и билиарной системы / В. Г. Радченко, А. В. Шабров, Е. Н. Зиновьева. — СПб.: Диалект; М.: БИНОМ, 2005. — 864 с.
2. Schiff, E. R. Hepatitis C and Alcohol / E. R. Schiff, N. Ozden // Alcohol Research & Health. — 2003. — Vol. 27, № 3. — P. 232–239.

УДК 614.2:378.172

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ ПО ВОПРОСАМ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Трофимук М. Н.

Научный руководитель: ассистент Е. Л. Есис

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Здоровье — это первая и важнейшая потребность человека, определяющая способность его к труду и обеспечивающая гармоничное развитие личности. Оно является важнейшей предпосылкой к познанию окружающего мира, к самоутверждению и счастью человека. Охрана собственного здоровья — это непосредственная обязанность каждого, человек не вправе перекладывать ее на окружающих. Какой бы совершенной ни была медицина, она не может избавить нас от всех болезней. Человек — сам творец своего здоровья, он должен за него бороться. Здоровье наших студентов — качественная предпосылка будущей самореализации молодых людей, их активного долголетия, способности к сложному учебному и профессиональному труду.

Выявить степень информированности учащейся молодежи по вопросам здорового образа жизни, дать характеристику мотивационно-ценностному отношению студентов к основным факторам образа жизни.

Исследование проводилось методом социологического опроса с применением разработанной на кафедре общей гигиены и экологии Гродненского государственного медицинского университета анонимной структурированной валеолого-гигиенической анкеты. Группой респондентов являлось 200 человек — студенты 3 курса педиатрического и лечебного факультетов.

По результатам обработки данных была составлена шкала ценностей учащейся молодежи: на первое место 60 % опрошенных поставили здоровье, на второе — семью (26 %), на третье — беспечную жизнь и развлечения (9 %); а также немаловажное место в жизни студентов занимают творчество, интересная работа и счастье других (5 %).

Однако, по мнению опрошенных студентов, только 31 % уделяет достаточно внимания своему здоровью. Наиболее значимыми причинами, которые не позволяют студентам в полной мере заботиться о своем здоровье, являются следующие: дефицит времени (31 %), наличие более важных дел (18 %), недостаток знаний (3 %), недостаток материальных средств (21 %), недостаток силы воли (15 %), недостаток физических и моральных сил (7 %), отсутствие единомышленников, компании (5 %).

Одним из ведущих факторов, определяющих здоровье населения, является питание, его количественная и качественная сторона. В результате исследования было выяснено, 51 % студентов принимают пищу 1–2 раза в день, причем у 44 % опрошенных основная часть употребляемой пищи приходится на вечер.

Употребление табака и алкоголя входит в число важнейших факторов риска многих заболеваний, негативно отражающихся на здоровье всего человечества. Здоровый образ жизни несовместим с вредными привычками.

Опрос показал, 62 % — никогда не курили, 16 % — курили в прошлом, 22 % респондентов курят в настоящее время (62 % курящих составили девушки и 38 % — парни). На вопрос «Почему Вы курите?» были получены следующие ответы: 18 % — чтобы уменьшить волнение, 17 % — чтобы расслабиться; 13 % — чтобы уйти от проблем и стрессов; 13 % — от скуки; 11 % — автоматически, неосознанно; 8 % — ради удовольствия; 6 % — чтобы собраться и сосредоточиться; 5 % — по другим причинам; 4 % — для общения в компании; 3 % — под влиянием друзей и товарищей; 1 % — из-за моды и 1 % — из любопытства. Многие отметили, что приобщились к курению по примеру друзей и товарищей (55 %), членов семьи (17 %) и родственников (28 %). По результатам исследования 62 % студентов хотя бы раз в месяц употребляют пиво, легкие вина или крепкие алкогольные напитки (83 % из них девушки и 17 % юноши); 7 % — раз в неделю (75 % из них юноши и 25 % девушки), 2 % — ежедневно (100 % юноши) и 29 % не употребляют алкоголь.

Современные условия жизни предъявляют повышенные требования к будущим врачам, которые наряду с высокой профессиональной квалификацией должны иметь крепкое здоровье, высокую работоспособность, быть физически и психически выносливыми и служить хорошим примером в сохранении и укреплении здоровья для людей. Поэтому в настоящее время особенно актуально формирование сознательного выбора здорового образа жизни молодежи и это должно рассматриваться как первостепенная задача для сохранения и укрепления здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жарко, В. И. Состояние здоровья населения Республики Беларусь и стратегия развития здравоохранения / В. И. Жарко, В. З. Черенков, А. К. Цыбин // Здравоохранение. — 2007. — № 1. — С. 4–13.
2. Ваганова, Л. И. Динамика состояния здоровья и образа жизни студенческой молодежи / Л. И. Ваганова // Учащаяся молодежь: прошлое, настоящее, будущее. Челябинск. — 2000. — С. 178–180.

УДК 615.099.092-035.258(476)

ПАТОГЕННОЕ ДЕЙСТВИЕ ЯДОВИТЫХ ВЕЩЕСТВ, СОДЕРЖАЩИХСЯ В НЕСЪЕДОБНЫХ ГРИБАХ, ПРОИЗРАСТАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Трубенюк С. Н.

Научный руководитель: И. А. Атаманенко

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В Республике Беларусь в 2009 г. было зарегистрировано 90 случаев отравления грибами, один из пострадавших умер. За 2008 г. было зарегистрировано 37 случаев с 37 пострадавшими, трое из них умерли (по данным Республиканского центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья). По своей тяжести острые отравления ядовитыми грибами занимают ведущее место среди всех небактериальных пищевых отравлений. Стоит отметить, что практически все грибы могут содержать отравляющие вещества. Некоторые из них находятся в грибе изначально, делая их токсичными, другие могут появляться из-за неправильного сбора, хранения или приготовления. Иногда токсичность грибов определяется паразитами, которые в них завелись. Кроме того, грибы хорошо впитывают самые разнообразные химические элементы, вроде тяжелых металлов. Накапливаясь в грибах, они могут стать причиной отравления даже съедобными видами.

Основная часть

В нашей стране из ядовитых грибов наиболее распространены бледная поганка, серо-желтый опенок, красный мухомор, свинушка, волоконница, тигровая рядовка, пантерный мухомор, оранжево-красная паутинница.

По типу воздействия на организм человека можно выделить несколько видов ядов: клеточные яды (цитотоксины), нейротоксины, кишечные токсины.

Клеточные яды. Изученные к настоящему времени токсины бледной поганки разделяются на две группы: аманитины (аматоксины, аманитотоксины) — более ядовитые, но медленнее действующие, и фаллоидины (фаллотоксины) — менее ядовитые, но действующие быстрее. Промежуточное положение занимает аманин. Фаллоидин и аманитин действуют, преимущественно, на печень, поражая эндоплазматический ретикулум и клеточное ядро гепатоцитов. Фаллолизин вызывает лизис гепатоцитов и клеток крови. Фаллоидин обратимо блокирует K^+ -каналы возбудимых мембран, уменьшая выходящий калиевый ток в мышечных волокнах. Альфа-аманитин обладает необычно сильным сродством к ферменту РНК-полимеразе II. РНК-полимераза I нечувствительна к нему, а РНК-полимераза III чувствительна слабо. Попадая в клетку, аманитин связывает этот фермент, блокируя его работу, что, в свою очередь, приводит к прекращению синтеза белков и к разрушению клетки (цитолизу). Под воздействием токсинов бледной поганки угнетается синтез АТФ, разрушаются лизосомы, микросомы и рибосомы клеток. В результате нарушения биосинтеза белка, фосфолипидов, гликогена развиваются некроз и жировое перерождение печени. В основном, симптомы проявляются через 10 часов после попадания аманитина в организм. Отравление проявляется в виде поноса и судорог, которые, впрочем, быстро проходят, создавая видимость выздоровления. На 4–5-е сутки токсин вызывает существенные повреждения почек и печени, приводящие с течением времени к полной потере их работоспособности. Смерть обычно наступает примерно спустя 4–6 дней. ~~Предельно токсичным и опасным токсином в организме человека является гиомитрин, который содержится в строчке обыкновенной. Это соединение метилгидразина, чрезвычайно токсичное соединение азота, обладающее канцерогенными свойствами.~~

Нейротоксины. Известны две группы нейротоксинов. К первой относится алкалоид мускарин. Он содержится в волоконниках и в некоторых говорушках. Мускарин воздействует на парасимпатическую нервную систему. Действие токсина состоит в замещении ацетилхолина, отвечающего за передачу нервных импульсов. При замещении ацетилхолина мускарином передача нервных импульсов прекращается. Симптомы отравления мускарином: тошнота, рвота, повышение температуры, повышенное слюноотделение, слабость, головокружение и головная боль [3].

Вторая группа нейротоксинов: мусцимол, мусказон, иботеновая кислота и буфотенин. Мусцимол хорошо проникают через гематоэнцефалический барьер и действуют как психомиметики. Их относят к веществам галлюциногенной природы. Иботеновая кислота является неселективным антагонистом глутаматных NMDA рецепторов (ионотропный рецептор глутамата, селективно связывающий N-метил-D-аспартат), активация которых вызывает возбуждение нервных клеток и увеличение в них уровня Ca^{2+} . Активация NMDA рецепторов приводит к выработке NO при помощи Ca-зависимой нейрональной NO-синтазы, а выделение NO, в свою очередь, вызывает гибель клетки. Действие иботеновой кислоты (мусцимола) отличается большим разнообразием и может вызывать истерию, эйфорию, иллюзии, галлюцинации, а также сонливость, депрессию, атаксию, замешательство, ощущение большой силы или недостатка мышечной координации, головокружение [3]. Вещества местным раздражающим действием. Кишечные токсины содержатся в едких сыроежках и млечниках (предварительно не вымоченных и недоваренных), ложнодождевиках, сатанинском грибе и др. Вырастают признаки отравления в тошноте, головной боли, желудочных коликах, головокружении, рвоте и поносе. Такие отравления почти всегда заканчиваются выздоровлением после промывания желудка и кишечника, а также приема успокаивающих средств [4].

Заключение

Самые грибные месяцы — август и сентябрь — самые тревожные для врачей-токсикологов. Грибы могут стать причиной серьезных отравлений. Острые отравления грибами протекают намного тяжелее других пищевых отравлений. Неправильная лечебная тактика может привести к трагическим последствиям [2]. А перед сбором грибов, прежде всего, нужно научиться отличать съедобные грибы от ядовитых. Также важное значение имеет правильная обработка, приготовление и хранение грибов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Куценко, С. А. Основы токсикологии / С. А. Куценко. — СПб., 2002. — Т. 4. — С. 119.
2. Ткачева, О. Отравление грибами. Конспект врача / О. Ткачева, В. Москвичев // Медицинская газета. — 2004. — № 4. — С. 4
3. Веттер, J. Токсины поганки Amanita / J. Веттер. // Toxicon. — 1998. — № 36 (1). — С. 13–24.
4. Замятина, Н. Отравления грибами / Н. Замятина // Медицинская газета — 2005. — № 8. — С. 20.

УДК:616-073.176:613-057.875

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СУТОЧНЫХ ЭНЕРГОТРАТ СТУДЕНТОК ПО ХРОНОГРАММЕ ВИДОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Трушкова Е. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. В. Карташева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

В Европейской декларации студенты обозначены как молодая часть населения с оптимальными возможностями профессионального роста. Студенческая медицина в Европе разрабатывает сочетанные пути улучшения здоровья через движение и питание. Специфические потребности студентов необходимо рассматривать в едином ключе здравоохранения и образования.

Значительный период времени у молодежи уходит на обязательное обучение в общеобразовательных учреждениях. При дальнейшем продолжении обучения в вузе студентки медицинского профиля развивают профессиональный интеллектуальный потенциал. Все это формирует экономический уровень страны в виде ИРЧП — индекса развития человеческого потенциала. Вместе с тем, репродуктивная функция женщин, их организм, выполняет особую, специфическую физиологическую функцию — вынашивание, рождение, грудное вскармливание ребенка. Это, несомненно, требует особого подхода к здоровью девочек, девушек, женщин и является основой профилактической медицины. Актуальность изучаемой проблемы — суточных энергозатрат студенток медицинского вуза важна не только с социальных, но и демографических позиций. Питание сложная и многогранная проблема. Интегральный критерий гигиенической оценки пищевого статуса — состояние здоровья. Актуальность и значимость проблемы питания обозначена в государственных программах по формированию здорового образа жизни. На индивидуальном уровне студенческая молодежь определяет свой особый вид капитала — здоровье. **Целью** исследования являлось изучение и оценка суточных энергозатрат студенток медицинского вуза в сопоставлении с нормами физиологических потребностей.

Использовались методы анализа: научно-методической литературы по изучаемой проблеме; анкет респонденток по пищевому статусу; хронограмм видов деятельности студенток. Статистическая обработка материала проведена по STATGRAPHICS for Windows/excel. Проанализировано 150 анкет респонденток; хронограмм их видов деятельности. Энергозатраты оценены по «Нормы» [2].

Результаты исследований и обсуждение

Разнообразно питаются с употреблением горячей пищи 98 студенток. Систематически в суточном рационе питания присутствуют животные белки, молочно-кислые

продукты, овощи, фрукты у 67 % (100) опрошенных. Гигиенического режима питания придерживаются 56 студенток, остальные по ситуации. На основании анализа суточных хронограмм определили коэффициент физической активности, КФА, энерготраты и распределение времени на виды деятельности. На сон студентки тратят до 7 часов, столько же на учебные занятия. До 8 часов у них уходит на переезды с учебных корпусов; на ходьбу; хозяйственные работы, до двух часов на самостоятельную подготовку к предстоящим занятиям. Согласно «Нормы» [2] студенты отнесены к первой группе по энерготратам с очень легкой физической активностью в 1,4 КФА. Для расчета нормативных суточных энерготрат (НСЭ) рекомендуется ВОО умножить на КФА. $НСЭ = 1300 \times 1,4 = 1820$ ккал/сутки. При средней массе тела в 55 кг величина основного обмена (ВОО) у обследуемых составила 1300 ккал/сутки. Для расчета коэффициента физической активности определили соотношение суточных энерготрат к величине ВОО. $КФА = 2210,1 \text{ ккал} / 1300 \text{ ккал} = 1,7$

На основании хронограмм, КФА по видам деятельности студенток, рассчитали суточный расход энергии, фактическую потребность в пищевых веществах и энергии. Основной расход энергии у студенток (до 45 %) приходится на учебные занятия — 682,5 ккал, самостоятельную работу — 173,3 ккал с перерывами между занятиями — 135,4 ккал. На ходьбу, хозяйственные работы по дому расходуется до 21 % от общего суточного расхода энергии в 2210,1 ккал.

Фактически у обследованных студенток КФА составил 1,7, следовательно, потребность в энергии у них составляет 2210 ккал/сутки. Расхождение с нормативными данными по КФА и суточным энерготратам связано, на наш взгляд, с особенностями организации учебного процесса в медицинских вузах.

Заключение

Студентки медицинского вуза понимают значимость рациональности питания в компоненте своего здоровья. В силу особенностей организации учебного процесса КФА составил 1,7 с потребностями в энергии в 2210 ккал/сутки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Питание как фактор формирования здоровья студентов / О. Н. Замбрицкий [и др.] // Сб. науч. тр. Респ. науч.-практ. конф. «Здоровье и окружающая среда». — Мн., 2008. — Вып. 12. — С. 123–126.
2. Нормы физиологических потребностей в пищевых веществах и энергии для различных групп взрослого населения Республики Беларусь / Инструкция 2.3.7 10-15-55-2005. — Мн., 2005. — С. 22.

УДК 61:27

ЗАКРЫТИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН ПРИ НИЖНЕ — СРЕДИННЫХ ЛАПАРОТОМИЯХ С УЧЕТОМ ПРОФИЛАКТИКИ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Усманов М. А., Фатихов И. Р.

Научный руководитель: к.м.н., доцент К. А. Корейба

Учреждение образования

«Казанский государственный медицинский университет»

г. Казань, Российская Федерация

Цель

Оптимизация закрытия раневого дефекта при нижне-срединной лапаротомии.

Задачи

Улучшить качество лечения у больных при нижне-срединной лапаротомии при воспалительных процессах органов малого таза в условиях отделения гнойно-септической гинекологии за счет улучшения адаптации краев и стенок раневого канала.

В настоящее время существует большое количество способов сближения краев раневого дефекта. Одним из эффективных и давно применяемых методов является наложение

швов. Среди множества швов обращают на себя внимание циркулярный и линейный швы. В последнее время происходит увеличение доли поступивших больных с избыточной массой тела. Исходя из клинического опыта, а так же литературных данных, недостатками применения циркулярного вертикального шва у больных данной группы являются следующие:

- 1) валикообразное выворачивание краев раны наружу, что нарушает сопоставление краев раны;
- 2) неравномерность и одностороннее стягивание, что не создает достаточной адаптации краев раны и усиливает их ишемизацию;
- 3) образование замкнутых карманов и пространств, что ведет к гнойному воспалению и образованию инфильтратов;
- 4) неудовлетворительный косметический эффект.

К недостаткам использования отдельно линейного шва относятся: отсутствие хорошей адаптации стенок раневого канала, частое развитие лигатурных свищей и гранулем. Нам предложен комбинированный поверхностный съемный шов, заключающийся в параллельном использовании шва Аллговера с некоторой его модификаций и линейного непрерывного внутрикожного шва. Методика: вкол иглы производят на расстоянии 20–30 мм от края раны, проводят в толще подкожной клетчатки в направлении основания раны, а затем — в толще подкожной жировой клетчатки с противоположной стороны и выводят из нее на уровне средней трети стенки раневого канала, далее — через подкожную жировую клетчатку той стороны, где был первоначальный вкол, и оттуда выводят наружу. Шов затягивают. Оставшийся дефект верхней трети раневого канала закрывается непрерывным линейным внутрикожным швом по общепринятой методике. Модифицированный шов Аллговера снимается на 8–10 сутки, а линейный внутрикожный на 10–12 сутки. Предложенный нами шов мы использовали у 25 больных при нижне-срединной лапаротомии, при воспалительных процессах органов малого таза, в условиях отделения гнойно-септической гинекологии. Нами получены хорошие результаты без каких либо осложнений.

Выводы

Данная методика позволила добиться хороших косметических эффектов, что немаловажно для больных женского пола, благодаря более оптимальной адаптации краев раны, исключения образования патологических карманов и пространств, отсутствия «потерянных» швов и, как следствие, предупреждения образования лигатурных свищей и гранулем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шляпников, С. А. Хирургические инфекции мягких тканей — старая проблема в новом / С. А. Шляпников // Инфекции в хирургии. — 2003. — Т. 1, № 1. — С. 14–21.
2. Корейба, К. А. Комплексный метод профилактики и лечения послеоперационных осложнений: учеб. пособие / К. А. Корейба, И. А. Ибатуллин, А. Д. Тараско. — Казань, 2000. — 68 с.

УДК [616.342-002.44-089:616.33/.34-008.15-089]-092.9

ПЕРСПЕКТИВНЫЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Ушко Т. И., Остапченя И. В., Буксанова А. А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Г. Г. Мармыш

**Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь**

С целью хирургической коррекции у больных с язвенной болезнью (ЯБ) двенадцатиперстной кишки (12-ПК) тяжелого дуоденогастрального рефлюкса (ДГР), обусловленного функциональной недостаточностью пилорического жома, в эксперименте, был разработан клинический вариант способа пластики пилорического жома. Для улучшения барьерной функции пилорического жома, создавали над ним дубликатуру из серозно-мышечной полоски, выкроенной из передней стенки пилорического отдела же-

лудка. Выполнены две серии эксперимента. Всего в эксперименте участвовало 9 беспородных собак, весом 7–12 кг. В первой серии (7 животных) особенность способа пластики пилорического жома заключалась в следующем: параллельными разрезами на передней стенке рассекали серозно-мышечный слой желудка, отступя от пилорического жома на 18–20 мм, и серозно-мышечный слой 12ПК на 2–3 мм дистальнее жома. Во второй серии (2 животных) пластика пилорического жома проводилась по аналогичной методике, только ширина выкраиваемой из передней стенки пилорического отдела желудка серозно-мышечной полоски составляла 28–30 мм.

Наблюдение в послеоперационном периоде за животными первой серии показало, что на 4, 5 и 6 сутки у них отмечались диспепсические расстройства. К 2-недельному сроку животные становились активными, не отличались от неоперированных. Это свидетельствует о том, что пластика пилорического жома не привела к нарушению эвакуаторной функции желудка. Животные этой серии были выведены из опыта спустя 5–12 месяцев после операции. При вскрытии брюшной полости выявлено: желудок во всех случаях был обычных размеров, не содержал натека жидкости и твердой пищи. В проекции пилорического жома по передней стенке имелся нежный белесоватый рубец с единичными лигатурами. Наблюдение в послеоперационном периоде за животными второй серии показало, что он протекал с осложнениями. Все животные с признаками высокой непроходимости (гастростаз) погибли от истощения на 12 и 14 сутки после операции. При вскрытии этих животных в брюшной полости отмечалось до 50 мл прозрачной соломенно-желтого цвета жидкости. Желудок был увеличен в объеме, содержал жидкость, остатки непереваренной пищи. Результаты, полученные во второй серии эксперимента, указывают, что использование дубликатуры, выкроенной из передней стенки желудка серозно-мышечной полоски, шириной больше 20 мм, представляет опасность для чрезмерного сужения области пилорического жома и развития высокой непроходимости (гастростаз). Таким образом, с целью экспериментального исследования был разработан способ пластики пилорического жома, который позволял предупредить ДГР. На «Способ оперативного лечения дуоденогастрального рефлюкса» получен патент РФ № 4964 (19.04.2001). Разработанный способ был апробирован в клинике. Прооперированно 14 больных с язвенной болезнью 12ПК и сопутствующим ДГР тяжелой степени, обусловленным недостаточностью пилорического жома. У 4 больных СПВ с пластикой пилорического жома была дополнена операцией Стронга, у одного больного выполнена холецистэктомия по поводу сопутствующего хронического калькулезного холецистита. У оперированных больных не было выявлено рецидива язвенной болезни или эрозивного поражения слизистой. Пилорический жом у остальных 10 больных на высоте перистальтики раскрывался в диаметре 1,5–1,8 см, обеспечивая порционную эвакуацию. Глубокие перистальтические сокращения антрального отдела желудка синхронизировались с ритмическими сокращениями пилорического жома. Исследование концентрации общих желчных кислот в желудочном содержимом до и после хирургического вмешательства проводилось у 14 пациентов. До операции уровень их в желудочном соке достигал $2,51 \pm 0,08$ мг/мл. После операции — $0,49 \pm 0,01$ мг/мл. При этом, в отдаленном периоде, из 12 обследованных у 9 (75%) пациентов концентрация желчных кислот в желудочном содержимом соответствовала нулевой степени (до 0,5 мг/мл), у 3 (25 %) — I степени (до 1,0 мг/мл).

Состояние секреторной функции желудка было изучено у 14 больных. До операции БПК составила $4,04 \pm 0,47$ ммоль/час, СПК — $8,74 \pm 0,72$ ммоль/час. После операции уровень БПК — $1,17 \pm 0,18$ ммоль/час, а СПК — $2,32 \pm 0,32$ ммоль/час. Низкие показатели желудочной секреции до операции обусловлены массивным рефлюксом дуоденального содержимого, имеющего щелочную реакцию. Таким образом, разработанный способ хирургической коррекции тяжелого ДГР позволил получить в отдаленном периоде отличные и хорошие результаты по шкале Visik у 13 (93 %) пациентов, удовлетворительные — у 1 (7 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Чистова, М. А. Хирургическое лечение посттастросекционных синдромов / М. А. Чистова, Л. В. Чистов // Хирургия. — 1994. — № 5.

ОЦЕНКА ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ ПРИ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПО ШКАЛЕ «ВАШ» ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ВЫРАЖЕННОСТИ ЗАСТОЯ ДИСКОВ ЗРИТЕЛЬНЫХ НЕРВОВ

Федосеня А. И.

Научный руководитель: к.м.н. М. В. Олизарович

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Головная боль — частый симптом при неврологических, нейрохирургических заболеваниях и травмах мозга [1]. Длительная головная боль может вызывать изменения в характере и поведении человека (чел.) [2].

Нами изучен характер головных болей у 21 больного с объемным образованием головного мозга, находившихся на лечении в нейрохирургическом отделении Гомельской областной клинической больницы в 2009 г. Для объективизации жалоб использовали визуально-аналоговую шкалу (ВАШ).

Результаты исследования

В анализируемой группе нозологические формы включали менингиомы (5 случаев — 15,0 %), глиальные опухоли больших полушарий головного мозга (7 чел. — 30,0 %), хронические субдуральные гематомы (9 чел. — 45,0 %).

Известно, что выраженность головных болей, наряду с их локализацией и характером, является важным диагностическим критерием [3]. Результаты анализа силы головной боли в выбранной группе пациентов представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Результаты оценки головной боли по шкале ВАШ

Баллы по шкале ВАШ	Количество больных, n = 21	%	Нозология		
			менингеома	глиома	хроническая субдуральная гематома
0	4	19,0	1	1	2
1–4	7	33,3	3	1	3
5–8	9	42,9	1	5	3
9–10	1	4,8	0	0	1

Как следует из таблицы 1, у 42,9 % больных с объемными образованиями мозга головная боль была сильной (5–8 баллов по шкале ВАШ). При этом, каждый пятый из всей группы обследованных отрицал головную боль.

Наличие отека диска зрительных нервов позволяет заподозрить объемное внутричерепное образование на амбулаторно-поликлиническом этапе. Результаты анализа встречаемости данного клинического симптома представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Характеристика застойных дисков зрительных нервов при объемных образованиях головного мозга

Степень застоя дисков зрительных нервов	Количество больных, n = 21	%	Нозология		
			менингиома	глиома	хроническая субдуральная гематома
1	1	4,8	0	1	0
2	2	9,6	1	0	1
Отсутствует	18	85,6	4	6	8

Данные таблицы 2 свидетельствуют о том, что застой дисков зрительных нервов не может быть ранним диагностическим признаком при исследованной патологии. В подавляющем большинстве случаев данный симптом не определялся (85,6 % случаев).

Выводы

1. Головные боли при объемных образованиях головного мозга в половине случаев выраженные и резко выраженные (у 47,7 % больных). Возможно, отрицание пациентами головной боли при данной патологии (19,0 %).

2. Застой дисков зрительных нервов может не определяться при объемных образованиях головного мозга (85,6 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Шток, В. Н. Головная боль / В. Н. Шток. — М.: Медицина, 1987. — 304 с.
2. Samuels, M. A. Manual of Neurologic Therapeutics / M. A. Samuels. — Little, Brown and Company, 1995. — 451 p.
3. Цементис, С. А. Дифференциальная диагностика в неврологии и нейрохирургии / С. А. Цементис; под ред. Е. И. Гусева. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. — 368 с.

УДК 613.5:546.296]:616.24 – 006.6

ПОВЫШЕННАЯ РАДОНОВАЯ НАГРУЗКА В ПОМЕЩЕНИЯХ Г. ГОМЕЛЯ КАК ФАКТОР РИСКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РАКОМ ЛЕГКИХ

Федосова А. А.

**Научный руководитель: заведующий кафедрой общей гигиены,
экологии и радиационной медицины В. Н. Бортновский**

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Присутствуя внутри, всех без исключения, зданиях, радиоактивный газ радон является для населения фактором радиационного воздействия, как в жилых помещениях, так и на рабочих местах.

Цель работы

Изучить взаимосвязь между дозовой нагрузкой от радона, особенностями тектонического строения территории г. Гомеля и заболеваемостью населения злокачественными новообразованиями легких.

Методы исследования

Для оценки объемной активности радона в жилых помещениях г. Гомеля использованы данные двух различных методик замеров, полученные Объединенным институтом энергетических и ядерных исследований «Сосны» и Гомельским городским центром гигиены и эпидемиологии.

Сопоставлены результаты замеров объемной активности радона в жилых помещениях и зданиях г. Гомеля, расположенных на улицах проживания больных раком легких, с числом первично выявленных случаев рака легких, с использованием метода корреляционного анализа.

Результаты и обсуждение

При анализе территориального распределения заболеваемости злокачественными новообразованиями легких в 2008–2009 гг. установлено, что ниже всего уровень заболеваемости на 1000 населения в Новобелицком районе, а в Железнодорожном и Советском районе показатели выше остальных.

Направление тектонических нарушений на территории г. Гомеля субмеридиональное, северо-восточное и западно-восточное.

Повышенный уровень заболеваемости онкологическими заболеваниями легких наблюдается, преимущественно, на территориях с повышенной объемной активностью

радона и в районе тектонических нарушений. Кроме того, имеет место сочетанное влияние производственного и транспортного факторов (таблица 1).

Таблица 1 — Усредненные значения объемной активности радона по результатам двух методик замеров с учетом количества больных раком легких, соответственно, проживающих на улицах, где проводились замеры

Методика замеров	Средние значения объемной активности радона, Бк / м ³		
	< 100	100–200	> 201
Количество объектов замеров	128	10	3
Количество больных	197	14	6

Заключение

Концентрации радона в воздухе абсолютного большинства зданий на территории города не представляют радиационной опасности для проживания населения. Однако, на территориях с повышенной объемной активностью радона и в районе тектонических нарушений выявлен более значимый уровень заболеваемости раком легких.

При оценке зависимости между средними значениями объемной активности радона и количеством больных злокачественными новообразованиями легких (улицы проживания и замеров совпадают) с использованием пакета прикладных программ E_STAT получена сильная прямая корреляционная связь ($r = 1,0$), коэффициент линейной корреляции достоверен.

ЛИТЕРАТУРА

1. Заридзе, Д. Г. Связь между концентрацией радона в жилых помещениях и риском развития рака легкого / Д. Г. Заридзе, Г. М. Земляная // Радиационная биология. — 2004. — № 8. — С. 44–47.
2. Оценка территории Гомельской области на загрязнение радоном с использованием пассивных интегральных радонометров: заключительный отчет / ГОЦГЭ, ОИЭЯИ «Сосны», НАН РБ. — Инв. № 0135232. — Гомель-Мн., 2005. — 112 с.

УДК 614.253

ПРАВСТВЕННЫЙ ОБЛИК ВРАЧА: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ

Федосова А. А.

Научный руководитель: к. м. н., доцент В. Н. Бортновский

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

*Учиться быть врачом — это значит и учиться быть человеком.
Медицина для истинного врача... образ жизни.*

А. Ф. Билибин

Профессия врача — одна из самых древних и почитаемых на земле. Она является выражением свойственной человеку потребности оказать помощь страждущему. Без гуманизма медицина не может быть полезной, так как ее основная цель — служить человеку.

Известно жизнеописание святых врачей-мучеников Космы и Дамиана, родных братьев, живших в 3 веке. Их родители были знатные и богатые римляне. И у братьев была возможность обучиться врачебному искусству. Господь послал им особый дар врачевания.

Врачи не только не брали никакой награды за исцеление, но даже сами помогали малоимущим. У братьев было богатое родительское наследство, которое они продавали, раздавали нищим и нуждающимся.

«Никто не был пользован мною иначе, чем я желал бы, чтобы лечили меня самого...» — говорил знаменитый английский врач 17 века Сиденхем.

В недавней истории таким «святым доктором» был живший в России в XIX столетии Фридрих Иосиф (или Федор Петрович, как его звали на русский манер) Гааз. Очень

жертвенной была жизнь этого человека. Доктор на собственные средства организовал первую в Москве больницу для бесприютных. В этой «гаазовской», как ее называли, больнице порядки были удивительные. Двери ее всегда были широко открыты. Сюда привозили подобранных на улицах пострадавших: сбитых экипажами, замерзших, людей, потерявших сознание от голода, беспризорных детей. Поступивших спешили обогреть, накормить и, насколько возможно, ободрить и утешить. Доктор сам, знакомясь с каждым, участливо выяснял все обстоятельства их бедственного положения. Назначалось лечение, а после выписки большинству оказывали дальнейшую помощь: иногородних снабжали деньгами на проезд до дома, одиноких и престарелых помещали в богадельни, детей-сирот старались пристроить в семьи обеспеченных людей. Персонал больницы подбирался тщательно. Равнодушных к делу и недобросовестных не держали. Нельзя и представить, сколько сил и стараний требовалось врачу, чтобы оказать всем помощь. Он не умел отказывать пострадавшим и размещал «лишних» в своих комнатах, сам и ухаживал за ними. Его стали обвинять в излишней филантропии, называя чудачком и фанатиком. Однажды князь Щербатов, в ведении которого находилась больница, принялся сурово выговаривать его «за мягкотелость и бесхарактерность». Федор Петрович долго оправдывался, но, наконец, исчерпав все доводы, подавленно умолк. Однако, когда князь категорически потребовал не принимать новых «лишних» больных, Гааз обреченно встал и вдруг, опустившись перед Щербатым на колени, заплакал. Потрясенный князь ни на чем больше не настаивал».

Известна и личность М. Я. Мудрова, называемого историками медицины русским последователем Гиппократом, и его благотворительная деятельность. Действительно, когда он стал знаменитым врачом, его дом был всегда полон теми, кто жил на его иждивении. Когда доктор выезжал из дома, то у кучера всегда стояли корзины с лекарствами, чаем и вином. Все это он раздавал бедным и больным, которых посещал

Выдающимся отечественным клиницистом последней трети XIX в. был Г. А. Захарьин, более 30 лет возглавлявший факультетскую терапевтическую клинику Московского университета. Ежедневно он посещал клинику, не исключая праздников. При этом говорил своим помощникам, что в страданиях больного таких перерывов нет. Он имел крупное состояние, приобретенное частной врачебной практикой, и огромный доходный дом на Кузнецком мосту. Однако, в университетской клинике принимал бесплатно. Свое жалованье профессора Московского университета отдавал в фонд нуждающихся студентов.

А вот заработанных (и целенаправленно накопленных) отечественным выдающимся кардиохирургом, Н. М. Амосовым, средств не хватило даже на продление собственной жизни! Кстати, объявление, много лет провисевшее в вестибюле кардиоинститута, возглавляемого академиком Амосовым, гласило: «Родственников и больных прошу не делать подарки персоналу, кроме цветов. Амосов».

К сожалению, современные врачи, трудясь на 1,5 ставки и более, чтобы как-то выжить и прокормить детей, вынуждены работать некачественно. Часто у них просто не хватает времени и сил на сострадание и внимание каждому больному.

Является ли подвигом профессия врача в настоящее время? Да, несомненно, если это настоящий врач. Особенности профессиональной деятельности врача требуют от него постоянного самопожертвования в связи с ежедневным контактом с больными людьми, подчинения личных интересов профессиональным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Харитонова, Г. Н. Благо больного — высший закон / Г. Н. Харитонова // Царкоунае слова. — 2009. — № 28. — С. 4–5.
2. Макшанов, И. Я. Врачебная деонтология: учеб. пособие / И. Я. Макшанов. — Мн.: Выш. шк., 1998. — 159 с.
3. Грандо, А. А. Врачебная этика и мед. деонтология: учеб. пособие / А. А. Грандо. — Киев, 1988. — 192 с.

**МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ
ТИРЕОИДНОГО ОСТАТКА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ
В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

Федотова А. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. В. Вилков

**Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева»
г. Саранск, Российская Федерация**

Введение

Актуальной проблемой эндокринной хирургии является улучшение результатов лечения больных различными формами зоба. Эффективность, радикальность и отдаленные результаты его определяются многими факторами, в том числе и состоянием тиреоидного остатка (ТО). Однако, работ, посвященных изучению ТО недостаточным. Целью данной работы явилось изучение морфофункционального состояния тиреоидного остатка после хирургического лечения заболеваний щитовидной железы в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находились 89 больных с заболеваниями щитовидной железы (ЩЖ), получавшие стационарное лечение в хирургическом отделении МУЗ «Городская клиническая больница № 4» г. Саранска за 2009–2010 гг., 30 из них были осмотрены в раннем послеоперационном периоде (первая неделя после операции). Всем больным выполнялось УЗ исследование, определение уровня гормонов ЩЖ и ТТГ перед операцией методом ИФА, по показаниям — ПТАБ под ультразвуковым контролем. Анализ состояния ТО в раннем послеоперационном периоде проводился по: 1) ультразвуковому обследованию пациентов: в день выписки (на 5–7 день послеоперационного периода) всем больным было выполнено УЗИ тиреоидных остатков; 2) косвенно — по результатам гистологического исследования удаленной железы.

Результаты и обсуждение

Женщин было 26 (86,7 %), мужчин — 4 (13,3 %), т. е. соотношение между мужчинами и женщинами составило приблизительно 1:6,5. Среди наблюдавшихся возраст большинства больных — 27 (90 %) — старше 30 лет, причем количество наблюдаемых в возрастных группах 30–39, 40–49, и старше 50 лет было примерно одинаково. Количество больных, болеющих до 2 лет, от 2 до 5 лет и свыше 5 лет — в нашем наблюдении примерно одинаково. В подавляющем большинстве случаев имело место увеличение размеров ЩЖ до III и IV ст. по Николаеву (II по ВОЗ) — у 27 (90 %) человек. Большинство больных находились в состоянии эутиреоза — у 19 (63 %) человек, у 11 (37 %) наблюдался тиреотоксикоз: легкой — у 3 (10 %) человек, средней — у 7 (23 %) и тяжелой степеней — у 1 (4%) человека. При узловых эутиреоидных зобах выполнялась правосторонняя или левосторонняя гемитиреоидэктомия, при диффузно-узловых эутиреоидных и токсических зобах — субтотальная резекция ЩЖ, при раке ЩЖ — тиреоидэктомия. Среднее количество койко-дней с момента оперативного вмешательства до выписки из стационара составило 6,74. При тиреоидэктомии определение сохраненной паренхимы не вызывало затруднений во всех наблюдениях. При этом эхо-структура, эхогенность, сосудистый рисунок и характер васкуляризации сохраненной паренхимы соответствовали дооперационным данным. После субтотальной резекции ЩЖ, а также после операций, прошедших с техническими трудностями или интраоперационными осложнениями (спаечный

процесс при повторных операциях, большие размеры удаляемой железы, интраоперационное кровотечение), ТО дифференцировался в неоднородном ложе ЩЖ значительно хуже. У 90 % больных в зоне операции определялся выраженный отек тканей, ТО неоднородной структуры, пониженной экзогенности. При изучении объема ТО его средний объем, с одной стороны, составил $1,66 \pm 0,2 \text{ см}^3$. Согласно результатам гистологического исследования наблюдалось примерно равное количество микро-макрофолликулярной аденомы — 12 (40 %) и узлового нетоксического зоба — 9 (30 %). Картина диффузно-узлового токсического зоба была обнаружена в 6 (20,5 %) случаях, в одном случае — в сочетании с очагом папиллярного рака; фолликулярная аденома с эмбриональным (трабекулярным) строением — 1 (3,5 %), кистозно-узловой зоб с папиллярной аденомой в кисте — 1 (3,5 %), папиллярный рак — 1 (3,5 %). Не было выявлено закономерности между длительностью заболевания, приемом лекарственных препаратов и гистологической картиной удаленной железы. В частности, гиалиноз стромы и разрастания соединительной ткани могли наблюдаться как у больных, болеющих 1 год, так и не выявлялись у болеющих в течение 10 лет. Кровоизлияния в ткани ЩЖ (3 случая) были отмечены при больших размерах зоба — IV ст.

Выводы

1. В раннем послеоперационном периоде ТО находится в состоянии выраженного послеоперационного отека, вследствие чего, его истинные размеры не соответствуют данным УЗИ. 2. Средний объем ТО, с одной стороны, составил $1,66 \pm 0,2 \text{ см}^3$.

Таким образом, одним из прогностических факторов улучшения результатов хирургического лечения является состояние тиреоидного остатка. Пациентам после проведенной операции необходимо изучение морфофункционального состояния ТО для послеоперационной реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хирургическая эндокринология: рук-во / под ред. А. П. Калинина, Н. А. Майстренко, П. С. Ветшева. — СПб., 2004. — 941 с.

УДК: 616.5-002.525.4;616.001

ПАТОМОРФОЛОГИЯ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Фролова М. В.

**Научный руководитель: ассистент кафедрой патологической анатомии
с курсом судебной медицины С. Н. Нимер**

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Угревая болезнь — это хроническое воспалительное заболевание сальных желез, возникающее в результате их закупорки и гиперпродукции кожного сала. В нашем исследовании мы попытались выявить корреляции между заболеваемостью угревой болезнью и различными факторами, такими, как пол, возраст, место жительства, наличие патологии в ЖКТ. Исследования проводились на базе отделения иммунопатологии и аллергологии Республиканского центра радиационной медицины и экологии в 2009 г. Угревая болезнь обычно возникает в результате дисфункции гормональной системы [1]. Наприме, угри новорожденных вызваны гормональным кризом внутриутробного периода, гиперпродукцией тестостерона, резким снижением содержания эстрола в первые недели жизни; угри юношеского возраста возникают в период полового созревания на фоне дисбаланса эндокринной, вегетативной и центральной нервной систем с гиперпродукцией кожного сала; предменструальные угри проявляются у женщин молодого возраста в прогестероновую фазу менструального цикла; да и у взрослых людей наблюдаются угри, связанные с дисфункцией эндокринной системы. Также возникновению уг-

ревой болезни может способствовать генетическая предрасположенность (обусловленное генотипом количество, размер сальных желез и их чувствительность к уровню андрогенов); работа в условиях повышенной влажности и температуры, стимулирующая потоотделение; применение галогенсодержащих продуктов или средств; применение косметических средств с высоким содержанием ланолина, парафина, минеральных масел; прием ряда лекарственных препаратов, в частности, контрацептивов с высоким содержанием прогестинов, стероидных препаратов, препаратов лития, противосудорожных средств; неправильное питание; наличие патологии в ЖКТ. По данным литературы, патология со стороны ЖКТ у больных угревой болезнью выявляется примерно у 77 %. Согласно нашим исследованиям, данная патология наблюдается у половины больных угревой болезнью. Но в качестве непосредственной причины возникновения угревой болезни патология со стороны ЖКТ наблюдается лишь у 5–8 % заболевших. Обычно данными заболеваниями являются дисбиоз (бактериальное загрязнение тонкой кишки) и синдром раздраженной кишки.

Возникновение юношеских угрей связано с повышенной продукцией андрогенов. Это вызывает рост сальных желез, гиперпродукцию кожного сала и гиперкератоз клеток устья протока данных желез. Все это способствует закупорке сальных желез и повышенному размножению в них нормального представителя микрофлоры *Propionobacterium asne*. Естественно, иммунная система кожи начинает с ней борьбу, что проявляется воспалением и последующим развитием угревой болезни [2].

Угревая болезнь — явление, характерное не только для подросткового возраста. Угри могут появляться и у взрослых, как правило, на фоне эндокринных заболеваний, при которых возникает состояние себореи. Поэтому, если угри наблюдаются у взрослого пациента, его обследуют для исключения эндокринной патологии. Нередко, сама клиническая картина угревой сыпи может подсказать наличие сопутствующего заболевания. Так, например, расположение угрей у женщин вокруг рта и на подбородке нередко указывает на патологию яичников. В случаях резистентной к терапии угревой болезни у взрослых женщин следует исключить также опухоли надпочечников или яичников. У мужчин основной причиной угрей является изменение соотношения различных гормонов. Согласно данным литературы, у 60–85 % молодых людей в возрасте от 12 до 25 лет и 11 % лиц в возрасте старше 25 лет наблюдаются угри в той или иной форме.

Проанализировав пациентов отделения иммунопатологии и аллергологии, мы выяснили, что 83 % находятся в возрасте от 12 до 25 лет, и лишь 17 % — старше 25 лет. Больше в данное отделение поступило мужчин (67 % по сравнению с 33 % поступивших женщин). В основном в отделении ИПА лечились городские жители (67%), сельских же было лишь 33 %. Половина пациентов имела тяжелую степень течения заболевания, а половина — среднетяжелую. Таким образом, этиология угревой болезни сложна и не до конца изучена. И в каждом отдельном случае возникновению угревой болезни способствует различный набор факторов. Поэтому к лечению угревой болезни подходят строго индивидуально.

ЛИТЕРАТУРА

1. James, W. D. Clinical practice. Acne / W. D. James // N Engl J Med. — 2005. — Vol. 352(14). — P. 1463–1472.
2. Nicholas, B. Disorders of the sebaceous glands in Burns / B. Nicholas // Rook's textbook of dermatology. — Malden, Mass: Blackwell Science. — 2004. — P. 43–75.

УДК: 616-002.34;616.5-002

ПАТОМОРФОЛОГИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ФУРУНКУЛЕЗА

Фролова М. В.

**Научный руководитель: ассистент кафедрой патологической анатомии
с курсом судебной медицины С. Н. Нимер**

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Наиболее часто встречающиеся инфекционные заболевания кожи включают фолликулиты, фурункулы и карбункулы. Обычно эти заболевания вызываются стрептокок-

В нашем исследовании мы попытались выявить корреляции между заболеваемостью рецидивирующим фурункулезом и различными факторами, такими как пол, возраст, место жительства, наличие патологии в ЖКТ, наличие патогенной микрофлоры и изменение иммунного статуса. Исследования проводились на базе отделения иммунопатологии и аллергологии в 2009 г.

Фурункулез чаще наблюдается у детей дошкольного и школьного возраста, страдают им и взрослые. Но проанализировав пациентов отделения ИПА мы выяснили, что большинство из них старше 18 лет (64 %). Чаще, в ИПА проходят лечение женщины (64 против 36 % мужчин). Пациентами обычно являются городские жители (82 %), сельских же только 18 %. В отделении наблюдаются пациенты с тяжелой степенью течения (89 %) и со среднетяжелой степенью (11 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. McDaniel, D. Procedures for Detection and Identification of Certain Fish / D. McDaniel. — Pathogens, American Fisheries Society, 1999. — P. 42–45.
2. Wedemayer, G. A. Stress As a Pre-disposing Factor in Fish Diseases / G. A. Wedemayer, J. W. Wood // U.S. Fish Wildl. Serv., Fish. Leaflet. — 1994. — № 38. — P. 7.

УДК: 616.36-002.3-089

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Харчикова Н. С.

Научный руководитель: ассистент Д. М. Адамович

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В последнее время отмечается тенденция роста заболеваемости бактериальными абсцессами печени [1, 2]. Причины возникновения бактериальных абсцессов многообразны. Актуальность проблемы состоит не только в ранней диагностике заболевания, но и в разработке и выполнении новых методов лечения больных с абсцессами печени с целью предупреждения возникновения тяжелых осложнений, таких как сепсис, перитонит, кровотечение. Ведущим методом диагностики абсцессов печени в настоящее время является УЗИ, благодаря которому можно не только установить правильный диагноз, но и точно локализовать гнойную полость [3, 4].

Цель работы

Провести анализ эффективности лечения бактериальных абсцессов печени посредством пункционно-дренажных методов под УЗ-контролем.

Материалы и методы

С 2004 по 2009 гг. в отделение экстренной хирургии Гомельской областной клинической больницы поступило 20 больных с бактериальными абсцессами печени. Анамнестически, больные отмечали ухудшение самочувствия, связанное с появлением болей в правом подреберье, ознобом, постепенным повышением температуры тела — в течение 4–30 дней до поступления в больницу. Мужчин было 16 (80 %), женщин — 4 (20 %). Возраст пациентов от 21 до 78 лет (медиана 46,5 лет). Инструментальными методами диагностики явились УЗИ и, в сложных случаях, КТ. Солитарные абсцессы были выявлены у 17 больных, множественные — у трех. В правой доле печени абсцессы располагались у 12 (60 %) пациентов, в левой — у 7 (35 %), у одного пациента поражены были обе доли. Средний размер солитарных абсцессов печени составил $5,4 \pm 1,1$ см, а множественных — $2,0 \pm 0,7$ см. В 11 случаях абсцессы имели гематогенное происхождение, как результат септицемии, в 7 случаях абсцессы имели холангиогенный характер и возникали как следствие холангита (на фоне доброкачественных и злокачественных поражений желчевыводящих путей), у двоих пациентов абсцессы были посттравматическими.

Результаты и обсуждение

Всем пациентам были применены малоинвазивные методы лечения, заключающиеся в чрескожном чреспеченочном дренировании полостей абсцессов или их пункционной санации под УЗ-контролем. Операции проводились в день поступления, либо в течение 1–2 суток пребывания в стационаре, ввиду необходимости дообследования и предоперационной подготовки. Количество проведенных койко-дней в среднем составило 17 суток. Пункционная санация была выполнена 15 (75%) пациентам с небольшими абсцессами (30–40 мм) под местной анестезией иглой «Westcott 18G», с последующей аспирацией гноя, промыванием гнойника 0,02 % раствором хлоргексидина. В 3 случаях потребовалось проведение повторных пункций (одному больному пункция проводилась трижды). У остальных 5 (25 %) пациентов, с абсцессами более 4 см, было произведено дренирование полости абсцесса под местной анестезией с использованием

дренажа типа «Pigtail 9-6F», в зависимости от размера гнойной полости. Продолжительность дренирования составляла от 11 до 24 дней (в среднем 15 суток). В течение этого времени ежедневно проводилось фракционная санация полости растворами антисептиков, антибактериальная терапия с учетом результатов полученной микрофлоры. У всех пациентов отмечена положительная динамика. Дренажи удалялись при прекращении отделяемого из них, отсутствии полости на контрольных ультразвуковых исследованиях, нормализации лабораторных показателей и общего состояния пациентов. Осложнений при проведении дренирования абсцессов печени под УЗ-контролем не наблюдалось. Летальных случаев в наблюдаемой группе больных не было.

Выводы

Таким образом, применение малоинвазивных вмешательств под УЗ-контролем в лечении абсцессов печени высокоэффективно, обеспечивает адекватную эвакуацию содержимого абсцесса, позволяет достичь полного выздоровления больного без применения традиционного хирургического вмешательства, снижает срок пребывания в стационаре и частоту послеоперационных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика и лечение абсцессов печени / Ю. А. Пархисенко [и др.] // Хирургия им Н. И. Пирогова. — 2000. — № 8. — С. 35–37.
2. Лечение множественных холангиогенных абсцессов печени / В. Н. Егиев [и др.] // Хирургия им Н. И. Пирогова. — 2002. — № 3. — С. 47.
3. Холангиогенные абсцессы печени / Г. Г. Ахаладзе [и др.] // Анналы хир. гепатологии. — 2006. — Т. 2, № 11. — С. 30–35.
4. Трофимова, Е. Ю. Диагностическая пункция под контролем ультразвукового исследования / Е. Ю. Трофимова // Визуализация в клинике. — 1998. — № 13. — С. 46–49.
5. Практическое руководство по ультразвуковой диагностике. Общая ультразвуковая диагностика / под. ред. В. В. Митькова. — М.: Видар-М., 2005. — С. 698

УДК: 616.37-002-002.4-07:535.379

ИНДУЦИРОВАННАЯ ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНЦИЯ — НОВЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Хижненко М. Ю., Онзуль Е. В.

**Научные руководители: д.м.н., профессор Ю. С. Винник,
к.м.н., доцент О. В. Теплякова**

**Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Красноярский государственный медицинский университет
им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого»
г. Красноярск, Российская Федерация**

Проблема острого панкреатита остается в центре внимания хирургов. Общая летальность при этом заболевании имеет слабую тенденцию к снижению на протяжении последних десятилетий, составляя 4–12%.

Под нашим наблюдением находились 160 больных с различными формами острого панкреатита в возрасте от 22 до 76 лет. Первую группу составили 54 пациента, у которых особенности кинетики хемилюминесценции оценивались ретроспективно. Проспективное исследование включало 106 пациентов второй группы, у которых использовались разработанные критерии диагностики и прогнозирования формы деструктивного панкреатита (Патент РФ на изобретение «Способ диагностики инфицированного панкреонекроза» № 2319150 от 10.03.2008, справка о приоритете на изобретение РФ «Способ прогноза вероятности неблагоприятного исхода панкреонекроза в послеоперационном периоде» № 2009123037 от 28.05.2009).

Обследование больных с острым панкреатитом включало общеклинические, лабораторные и инструментальные методы. У всех больных оценивали тяжесть острого панкреатита по шкале В.Б.Краснорогова. Средняя сумма баллов в клинических группах составила $4,6 \pm 0,31$, что соответствовало тяжелому панкреатиту.

Для оценки состояния перекисного гомеостаза использовался метод железоиндуцированной люминолзависимой хемилюминесценции (ХЛ), с применением биохемилуминометра БХЛ-06М (НИЦ «Биоавтоматика», г. Нижний Новгород).

Результаты и обсуждение

Хемилюминесцентное исследование сыворотки крови показало, что у всех больных отечным панкреатитом при поступлении фиксируется достоверное, относительно нормы, увеличение значения максимальной интенсивности свечения ($I_{\max}$) в 4,14 раза. Уменьшение значений интенсивности хемилюминесценции при поступлении регистрировались у больных стерильным панкреонекрозом. Уровень $I_{\max}$ в течение первой недели стационарного лечения превышал показатели возрастной нормы более чем в 7 раз и достоверно снижался только к 21-м суткам на фоне традиционной терапии.

У больных с диагностированным инфицированным панкреонекрозом в течение первой недели стационарного лечения обращало на себя внимание крайне низкое значение $I_{\max}$, не превышавшее 30 мВ. Критерием разрешения инфекционного процесса явилось увеличение показателя $I_{\max}$ в 3,8 раза. Хемилюминесцентный анализ использован нами в комплексной диагностике инфицированного панкреонекроза у 55 больных. При этом чувствительность, специфичность, прогностическая ценность положительного и отрицательного результатов достигали 85–90 %. Улучшение диагностики инфицированного панкреатита позволило ограничить показания к обширным травматичным одномоментным вмешательствам и расширить показания к этапным

Выводы

1. У больных отечным панкреатитом при поступлении фиксируется достоверное относительно нормы, увеличение значения максимальной интенсивности свечения в 3,14 раза. Амплитуда вспышки хемилюминесценции сыворотки крови больных стерильным панкреонекрозом превышает показатели возрастной нормы в 7,16 раз. У больных инфицированным панкреонекрозом отмечается снижение интенсивности хемилюминесценции сыворотки крови в 2,5–5 раз в течение первой недели в стационаре. Критериями, указывающими на развитие инфицированного панкреонекроза, являются значения максимальной интенсивности хемилюминесценции сыворотки менее 30 мВ, коэффициента К менее 0,056 у.е. с чувствительностью и специфичностью 92,5 и 83,7 % соответственно. Критериями неблагоприятного прогноза заболевания является спад интенсивности хемилюминесценции эритроцитов на фоне двукратного увеличения светосуммы и отсутствие тенденции к увеличению перекисной резистентности эритроцитов в динамике. Совершенствование комплексной диагностики и прогнозирования течения тяжелых форм панкреонекроза позволило улучшить результаты лечения больных острым панкреатитом, уменьшить уровень послеоперационной летальности с 32,1 до 20,7 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Dellinger, E. P. Early antibiotic treatment for severe acute necrotizing pancreatitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled study / E. P. Dellinger, J. M. Tellado, N. E. Soto // Ann Surg. — 2007. — № 245. — P. 674–683.
2. Ju, S. Value of CT and clinical criteria in assessment of patients with acute pancreatitis / S. Ju, F. Chen, S. Liu // Eur J Radiol. — 2006. — № 57. — P. 102–107.

УДК 61+2

БОЛЕЗНЬ И ГРЕХ

Ходькова О. С.

Научный руководитель: ассистент кафедры внутренних болезней № 2

с курсом эндокринологии О. Н. Кононова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Как православному христианину относиться к болезням?

Нет человека на Земле, лишённого болезней и скорбей. Грех прародителей изменил то высокое положение, которое Господь подарил людям. Милость Божия не оставляет нас,

грешных и недостойных. Болезни и скорби — вразумление, награда от Бога. Ими мы, перенося их безропотно, очищаемся от грехов, возрастаем духовно. Смирение и терпение, упование на Господа и Его благую волю — вот что есть истинно христианский настрой.

Если поведение таково, то оно укрепляет болеющего нравственно. В этом случае человек перед лицом скорбей и недугов являет победу духа над плотью, добра над злом.

Святые Отцы говорят, что чем человек грешит, тем он и страдает. Известно, как «расплачиваются» блудники за свои грехи у них возникают венерические заболевания, СПИД, бесплодие, гинекологические заболевания, простатит, импотенция. Наблюдения показывают, что у сребролюбивых и завистливых развиваются нервно-психические заболевания. За сластолюбие мы страдаем болезнями кишечника, зубов, разными формами аллергии. У чревоугодников развиваются ожирение, болезни желудка, поджелудочной железы. За унынием следует депрессия. Гордость может стать духовной сущностью шизофрении. Гнев ускоряет появление болезней сердечно-сосудистой системы. Злоупотребление алкоголем так же является грехом, ведущим к таким болезням, как цирроз, язвенная болезнь. А ведь алкоголизм может развиваться даже при постоянном принятии слабых доз алкоголя. Курение — вид самоуслаждения. Табачная зависимость греховна, курить — бесам кадить. Молодежь начинает курить с 12 лет! У подростков формируются нервно-психические отклонения, страдает внимание, память, настроение. Курильщики страдают бронхолегочными заболеваниями, а самое грозное — рак легких. Синдром игрока развивается у пристрастившихся к азартным играм. Устойчивая привязанность к какой-либо азартной игре становится главным делом жизни. Появляются возбудимость, агрессивность, уныние, бессонница. А по сути — это страсть. Психические нарушения — следствие греха.

Наркомания — бич нашего столетия. Причина в бездуховности. Употребление наркотиков — сознательный грех. Иллюзия, обман, немотивированные депрессии, возбуждение, исхудание, слабость, бессонница лишь только вершина айсберга.

Болезни должны восприниматься с осторожностью и применимы они лишь к части случаев. Болезнь — это время самопроверки, время размышлений, время покаяния. Милосердный Господь не пошлет каждому из нас искушений и болезней больше наших сил, по словам апостола, «верен Бог, Который не попустит вам быть искушаемыми сверх сил, но при искушении даст и облегчение, так чтобы вы могли перенести» (1 Кор. 10, 13). Будем хранить в сердце и то, что «многими скорбями подобает внити в Царствие Божие» (Деян. 14, 22). Помните, что все от Бога: и болезнь, и здоровье. А все, что от Бога, то нам во благо. По воле Господа болезни могут подаваться человеку во испытание веры и даже в награду тем, кто радуется болезненным тяготам, переносимым ради Бога и вечной жизни.

Болея телом, человек может подвигнуться к покаянию и исправлению своей жизни. По слову святого апостола Петра: «Страдающий плотию перестает грешить».

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеев, Д. А. Православие и медицина / Д. А. Авдеев. — М., 2009.
2. Овчинникова, М. Б. Кто поможет православному справиться с болезнью / М. Б. Овчинникова. — М., 2002.

УДК 82.085

ЗНАЧЕНИЕ ЖЕСТОВ, СВЯЗАННЫХ С ПРИКОСНОВЕНИЕМ РУК К РАЗЛИЧНЫМ ЧАСТЯМ ЛИЦА

Хоммодов Атомухаммед

Научный руководитель: канд. фил. наук, доцент И. М. Петрачкова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Жесты, мимика, интонация — важнейшая часть общения. Специальным исследованием установлено, что с помощью слов передается 7 % информации, с помощью зву-

ковых средств (включая тон голоса, интонацию и т. п.) — 38 %, мимики, жестов, поз — 55 %. Другие исследования показали, что словесное общение в беседе дает 1/3 информации, 2/3 — невербальные сигналы. Большинство исследователей сходится во мнении, что невербальный канал используется в значительной степени для «выяснения» межличностных отношений. Например, человек может послать другому убийственный взгляд и, даже не раскрывая рта, однозначно показать свое отношение к другому человеку. Поэтому для построения конструктивных взаимоотношений с людьми, с одной стороны, во время деловых встреч, бесед, переговоров необходимо контролировать свои жесты и мимику, а с другой — уметь правильно «прочитать» реакции партнера.

Материалы и методы исследования

Как узнать, что человек лжет? Распознавание невербальных жестов, сигнализирующих об обмане, является одним из наиболее важных для общения умений, которым можно обучиться в процессе наблюдения за поведением человека. Это жесты, связанные с прикосновением рук к лицу.

Результаты исследования и их обсуждение

Когда мы наблюдаем или слышим, как другие говорят неправду, или лжем сами, мы делаем попытку закрыть наш рот, глаза или уши руками. Дети совершенно откровенно используют жесты, свидетельствующие об обмане. Если маленький ребенок обманывает, он будет рукой прикрывать рот в попытке остановить лживые слова, выходящие из его рта. Если он не желает выслушивать нотации родителей, он просто затыкает уши пальцами или закрывает уши руками. Если он видит то, на что ему не хотелось бы смотреть, он закрывает глаза руками. Когда человек взрослеет, его жесты, с использованием рук у лица, становятся более утонченными и менее заметными, но они все равно имеют место. Доктор Десмонд Моррис проводил эксперимент с медицинскими сестрами, которым в условиях ролевой игры было дано указание сообщать пациентам неправду о их состоянии. Те сестры, которым приходилось обманывать, чаще использовали «рука-к-лицу» жесты, чем те, которые говорили правду свои пациентам. Перечислим ряд жестов, относящихся к данной группе. Среди них следующие: *защита рта рукой* (он является одним из немногих жестов взрослого человека и имеет тот же смысл, что и детский жест: мозг на уровне подсознания посылает сигналы сдерживать произносимые слова); *прикосновение к носу* (одно из объяснений природы этого жеста заключается в том, что когда плохие мысли проникают в сознание, подсознание велит руке прикрыть рот, но в самый последний момент, из желания замаскировать этот жест, рука отдергивается ото рта, и получается легкое прикосновение к носу); *потирание века* (он вызван тем, что в мозгу появляется желание скрыться от обмана, подозрения или лжи, с которыми он сталкивается, или желание избежать взгляда в глаза человеку, которому он говорит неправду); *почесывание и потирание уха* (фактически этот жест вызван желанием слушающего отгородиться от слов, положив руку около или сверху уха); *почесывание шеи* (этом жест говорит о сомнении и неуверенности человека, который говорит: «Я не уверен, что я с

Выводы

В ходе исследования жестов людей, сопровождающих их ложь, Д. Моррис заметил, что ложь вызывает зудящее ощущение в нежных мышечных тканях лица и шеи, и требуется почесывание, чтобы успокоить эти ощущения. Когда мы видим, что человек делает подобного рода жесты, нужно спросить его: «Не могли бы вы это повторить?» или «Не могли бы вы уточнить этот пункт?». И это заставит обманщика отказаться от продолжения игры.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шейнов, В. П. Риторика / В. П. Шейнов. — Мн., 2000.
2. Калеро Г. Дж. Как читать человека, словно книгу / Г. Дж. Калеро. — М., 1988.
3. Пиз, А. Язык телодвижений / А. Пиз. — Н. Новгород, 1994.
4. Шейнов, В. П. Как управлять другими. Как управлять собой (Искусство менеджера) / В. П. Шейнов. — Мн., 1996.

ПРИОННЫЕ ИНФЕКЦИИ

Хомякова А. А.

Научный руководитель: к.б.н. Н. Е. Фомченко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Одним из выдающихся научных достижений XX в. в области биологии и медицины стало открытие в 1982 г. американским молекулярным биологом, профессором Стенли Прюзинером нового типа инфекционных агентов-прионов. Это новая эра развития биологии и медицины, поскольку выявлен принципиально новый тип инфекционных заболеваний, отличающийся своей природой возникновения и развития.

Основная часть

По строению прионы относятся к наиболее простым из известных на сегодняшний день инфекционных агентов.

Патогенные прион-протеины, способные к трансмиссии, являются мутантами клеточной изоформы нормального прион-протеина. Всего обнаружено более 20 мутаций, достоверно связанных с наследственными прионными болезнями. Прионы не содержат нуклеиновых кислот и, таким образом, отличаются от всех известных микроорганизмов.

Протеин-прион (PrP) кодируется геном, расположенным у человека в 20 хромосоме (состоит у человека приблизительно из 254 аминокислот). Прион PrP^C (от англ. — Prion Protein of Cell) найден у всех млекопитающих. Его жизненный полупериод составляет несколько часов, но он хорошо сохраняется в течение развития. Прионы очень устойчивы к физико-химическим воздействиям. Наиболее эффективные воздействия оказываются в дозах, которые денатурируют практически все белки. Иначе говоря, из всего живого прион погибает последним.

PrP^C входит в состав наружных клеточных мембран. Самый высокий уровень концентрации PrP выявлен в нейронах, но его могут синтезировать и многие другие клетки организма. Роль нормального протеин-приона (PrP) еще до конца неизвестна. PrP необходим для нормальной синаптической функции. Предполагается, что прионы принимают участие в межклеточном узнавании и клеточной активации.

В организме людей и животных, страдающих прионными заболеваниями, прионный белок обнаруживается в другой форме, обозначаемой как PrP^{Sc}.

Прионные болезни — это группа нейродегенеративных заболеваний человека и животных. У человека известны 4 болезни, вызываемые прионами, которые манифестируют в виде инфекционных, спорадических и наследственных форм. Куру, регистрируемый в одном из племен Папуа Новой Гвинеи, возникает в результате употребления в пищу мозга умерших соплеменников во время ритуального каннибализма. Болезнь Крейтцфельдта-Якоба (БКЯ) возникает первично как спорадическое заболевание. Однако существует и ятрогенная БКЯ, развивающаяся в результате случайного инфицирования. Семейная БКЯ, синдром Герстманна-Штреусслера-Шейнкера (СГШШ) и фатальная семейная бессонница (ФСБ) являются доминантно наследуемыми прионными болезнями, связанными с мутациями прионного гена. В настоящее время у человека известны две группы заболеваний, вызываемых прионами:

- спонгиозные трансмиссивные энцефалопатии (наиболее изученные);
- спонгиозный миозит с прион-ассоциированными включениями.

Человек может быть инфицирован прионами двумя способами:

1. Наследственная передача по Менделю (аутосомно-доминантный тип наследования).
2. Трансмиссия инфекционного агента алиментарным или ятрогенным путем.

Прионовые заболевания являются одновременно и инфекционными, и наследственными болезнями.

Клиника всех форм прионовой энцефалопатии может быть представлена разнообразной неврологической симптоматикой, обусловленной вакуолизацией и гибелью нейронов практически в любом отделе серого вещества мозга, включая мозжечок. Типичными являются: расстройства чувствительной сферы, нарушения двигательной сферы и нарушения психики.

Заключение

Возрастающий мировой интерес к прионам и прионным болезням обусловлен тем, что прионы представляют собой совершенно новый класс инфекционных агентов. Изучение прионов связано с проблемой, которая обозначена как «конформационные болезни», когда белки, выполняющие роль главных регуляторов в организме, подвергаются изменениям и из жизненно важных могут превратиться в смертельно опасные. Вероятно, что основы знаний, полученных при изучении прионных болезней, можно будет применить для выяснения причин других, более распространенных нейродегенеративных заболеваний, таких, как болезнь Альцгеймера, боковой амио-трофический склероз, болезнь Паркинсона.

ЛИТЕРАТУРА

1. Завалишин, И. А. Прионы и прионные болезни / И. А. Завалишин, И. Е. Шитикова, Т. Д. Жученко // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. — 2000. — № 2. — С. 12–19.
2. Зуев, В. А. Прионы — новый класс возбудителей инфекционных заболеваний / В. А. Зуев // Антибиотики и химиотерапия. — 1999. — № 10. — С. 33–38.

УДК 616.6-057.875

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ СТУДЕНТОВ ГГМУ

Хорошко С. А.

Научный руководитель: к.п.н., доцент, зав. кафедрой Г. В. Новик

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Главными органами выделения в организме являются почки. Вместе с мочеточниками, мочевым пузырем и мочеиспускательным каналом они составляют мочевыделительную систему.

Почка — парный орган, по форме напоминающий боб, длиной около 12 см. Почка состоит из наружной оболочки, коркового вещества, мозгового вещества, почечной лоханки. Основной функцией почек является образование мочи.

Мочеточники представляют собой две трубки длиной 25–30 см, соединяющие каждую из почек с мочевым пузырем. Стенки мочеточников состоят из слизистого внутреннего слоя и гладкого мышечного слоя, позволяющего мочеточникам сокращаться и продвигать мочу к мочевому пузырю.

Мочевой пузырь — это эластичный мышечный орган, который предназначен для накопления мочи. Он расположен в нижней части брюшной полости.

Под воздействием внешних факторов или нарушения какой-либо функции ведет к заболеваниям мочеполовой системы.

Цель

Изучить динамику заболевания мочеполовой системы у студентов ГГМУ с 2007 по 2010 гг.

Методы исследования

Анализ научно-методической литературы, анализ справок (выписка из протокола ВКК), метод математической обработки полученных результатов.

Результаты и обсуждение

На кафедре физического воспитания и спорта ГГМУ каждый учебный год проводится анализ медицинских справок (заключения ВКК) студентов 1–4 курсов, отнесенных по состоянию здоровья в специальную медицинскую группу и группу ЛФК. На 2007–2008 уч. год, количество студентов отнесенных по состоянию здоровья к специальным медицинским группам и группам ЛФК составило 520 человек; на 2008–2009 уч. год — 555 человек; на 2009–2010 уч. год — 630 человек.

На основании медицинских справок, у студентов ГГМУ выявлены такие заболевания мочеполовой системы как пиелонефрит, гломерулонефрит, нефроптоз.

Пиелонефрит — воспаление почечных лоханок бактериальной природы с распространением на интерстиций и паренхиму почек. Развитию пиелонефрита способствуют мочекаменная болезнь и нарушения проходимости мочевыводящих путей разной природы, аномалии мочевыводящих путей и др.

Гломерулонефрит — диффузное воспалительное заболевание почек с преимущественным поражением клубочков. Развитию гломерулонефрита, главным образом, способствует стрептококковая инфекции (ангина, хронический тонзиллит, отит, гайморит, фурункулез и др.).

Нефроптоз — опущение почки. При дыхании, перемене положения тела, физических напряжениях почка может смещаться книзу, вокруг своей вертикальной, сагиттальной или фронтальной оси. Недостаточная эластичность фасциальных листков, слабое развитие жировой капсулы или сильное похудение существенно влияют на подвижность почки.

Рисунок 1 отражает количественный состав студентов ГГМУ с заболеванием мочеполовой системы.

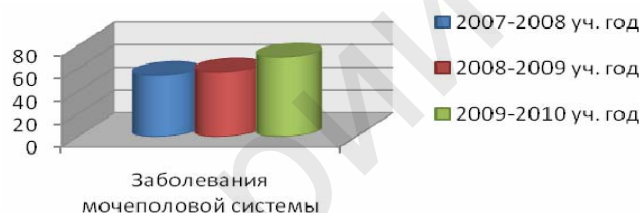


Рисунок 1 — Количественный состав студентов ГГМУ с заболеванием мочеполовой системы

Заключение

Исследования показали, что количество студентов 1–4 курсов, имеющих заболевание мочеполовой системы в 2007–2008 уч. году составило 54 (10,3 %) человека, в 2008–2009 уч. году — 57 (10,3 %) человек, в 2009–2010 уч. году — 70 (11,1 %) человек. В заболеваниях мочеполовой системы показаны умеренные физические нагрузки (ЛФК), прогулки на лыжах, ходьба, езда на велосипеде или велотренажере.

ЛИТЕРАТУРА

1. Матвейков, Г. П. Справочник семейного врача. Внутренние болезни / Г. П. Матвейков, Л. Г. Баранов; под ред. Г. П. Матвейкова. — Мн.: Беларусь, 1992. — 637 с.
2. Энциклопедия современной женщины. Путь к здоровью и совершенству. — 2006.

УДК: 616.346.2-002.1-036.22(476.2)

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Хоха Д. В., Лобанков Д. В.

Научный руководитель: д.м.н., профессор В. М. Лобанков

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Острый аппендицит остается самым распространенным хирургическим заболеванием органов брюшной полости. Деструктивным аппендицитом в течение жизни боле-

ют около 7 % европейской популяции [2, 4]. Первичная заболеваемость аппендицитом варьирует у представителей разных возрастных групп, жителей разных регионов, в разные исторические периоды [1, 3]. Сведения о тенденциях заболеваемости острым аппендицитом населения Гомельской области представлены недостаточно.

Цель работы

Изучить динамику заболеваемости острым аппендицитом жителей Гомельской области за большой временной период.

Материалы и методы

На основе отчетов о ежегодном количестве аппендэктомий (данные министерства здравоохранения РБ) и среднегодовой численности населения (данные министерства статистики и анализа РБ) рассчитана частота этих операций у жителей Гомельской области за 1971–2008 гг. Для адекватной оценки первичной заболеваемости аппендицитом выборочно изучена пропорциональная морфологическая характеристика удаленных червеобразных отростков, по данным крупного районного стационара (Мозырьская городская больница).

На протяжении анализируемого периода в Гомельской области отмечена относительно устойчивая тенденция снижения ежегодного количества аппендэктомий. Так, в начале 70-х ежегодно выполнялось около 8 тысяч операций, в середине текущей декады — чуть больше 3,5 тысяч. Население области за этот период менялось неоднозначно: с 1546,6 тысяч в 1971 г. оно возрастало и достигло максимума в 1674,1 тысяч человек к 1985 г. Затем показатель ежегодно снижался, и в 2008 г. численность населения составила 1466,5 тысяч человек. При расчете частоты аппендэктомий получены следующие данные: за 70-е гг. в области на каждые 100 тыс. жителей производилось $479,7 \pm 24,9$, причем за первую половину декады — $493,0 \pm 11,0$, а за вторую — $466,4 \pm 28,8$ (снижение на 5,4 %). За 80-е гг. средняя частота аппендэктомий в области составила $399,7 \pm 19,6$. Причем в течение декады показатель до 1986 г. снижался, затем отмечен его рост до 424,4 в 1988 г. с последующим снижением до 362,5 в 1990 г. В 90-е и последующие годы анализируемого периода происходило относительно равномерное уменьшение показателя: в первой половине 90-х гг. средняя частота операций составляла $321,4 \pm 29,8$, во второй — $283,3 \pm 11,1$. В 2007 г. показатель достиг своего минимума в 239,7 операций на 100 тыс. населения области. В среднем за 8 лет текущей декады на каждые 100 тыс. жителей области ежегодно производилось $252,8 \pm 10,1$ аппендэктомий. На долю катаральных аппендицитов, по данным Мозырьской городской больницы, в 1970 г. пришлось 53,3 %, в 1980 — 34,0 %, в 1990 — 25,4 %, в 2000 — 28,5 %. В среднем сокращение числа «напрасных» аппендэктомий ориентировочно составило 35 %, а уменьшение общей частоты операций — около 50 %, что позволяет говорить о снижении заболеваемости аппендицитом в среднем.

При определенной доле вмешательств (от четверти до половины) удаляется аппендикс без морфологических признаков деструктивного воспаления (так называемые «напрасные» аппендэктомии), соответственно первичная заболеваемость острым аппендицитом меньше частоты выполняемых аппендэктомий. Между тем, динамика частоты аппендэктомий наглядно отражает изменения первичной заболеваемости аппендицитом. В Гомельской области отчетливое сокращение частоты аппендэктомий сопровождалось менее выраженным уменьшением доли вмешательств при катаральном аппендиците. Отсюда можно утверждать, что заболеваемость острым аппендицитом за анализируемый период снижалась.

Выводы

1. За почти 40-летний анализируемый период частота аппендэктомий у жителей

Гомельской области сократилась вдвое.

2. Снижение частоты аппендэктомий в среднем опережало сокращение доли операций при катаральном аппендиците, таким образом, можно говорить о реальном снижении заболеваемости деструктивным аппендицитом у областного населения.

3. На фоне относительно равномерного снижения частоты аппендэктомий во второй половине 80-х гг. имел место отчетливый пик показателя с апогеем в 1988 г., причина которого требует дальнейшего изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Колесов, В. И. Клиника и лечение острого аппендицита / В. И. Колесов. — Л., 1972. — 200 с.
2. Острый аппендицит / А. Г. Кригер [и др.]. — М.: Медпрактика-М, 2002. — 244 с.
3. Заболевания червеобразного отростка / А. А. Курыгин [и др.]. — СПб, 2005. — 260 с.
4. Bailey & Love's Short Practice of Surgery. — 21-st ed. — Chapman & Hall Medical, 1992. — P. 1194–1214.

УДК 617.735 – 007.281 – 08

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ АРТИФАКИЧНОГО ГЛАЗА ПО МАТЕРИАЛАМ ОТДЕЛЕНИЯ МИКРОХИРУРГИИ ГЛАЗА ГУ «РНПЦ РМиЭЧ»

Хохлов К. Ф.

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Л. В. Дравица

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Анатомические изменения внутри глаза, возникающие в результате глазной хирургии, создают условия, предрасполагающие к развитию пролиферативной витреоретинопатии (ПВР) даже в неосложненных случаях [1]. ПВР — основное осложнение глазной хирургии и травмы заднего сегмента глазного яблока — является многостадийным процессом, приводящим к тракционной и регматогенно-тракционной отслойке сетчатки (ОС). По литературным данным ОС в раннем послеоперационном периоде на артификачных глазах встречается в 0,1–0,4 % случаев, в отдаленном периоде в 1,0–3,5 % [2]. Предрасполагающими причинами к развитию ОС на артификачных глазах является высокая осевая миопия, зонулярный диализ, интраоперационный разрыв задней капсулы, ИАГ — лазерная дисцизия задней капсулы [2, 3].

Цель работы

Анализ результатов хирургического лечения отслойки сетчатки артификачного глаза по материалам отделения микрохирургии глаза ГУ «РНПЦ РМиЭЧ».

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 53 пациентов, оперированных в 2007–2009 гг. в отделении микрохирургии глаза ГУ «РНПЦ РМиЭЧ». Средний возраст пациентов составил $57 \pm 1,3$ лет. Из них мужчин — 41, женщин — 12. Предшествующая хирургия катаракты у 28 (50 %) больных выполнена методом факэмульсификации, у 21 (42,2 %) произведена экстракапсулярная экстракция катаракты, у 4 (7,6 %) — интракапсулярная криоэкстракция. По модели имплантируемых интраокулярных линз (ИОЛ) в 44 глаза, что составило 82,6 %, имплантирована заднекамерная ИОЛ, в 7 глаз (17,6 %) — переднекамерная. Длительность возникновения отслойки сетчатки, прошедшей с момента произведенной операции по поводу катаракты колебалась от 1 до 12 лет. В послеоперационном этапе составила $0,01 \pm 0,001$.

Дизайн офтальмологического обследования включал: визометрию, бинокулярную офтальмоскопию, фундускопию, А-В-сканирование.

По данным А-В сканирования на дооперационном этапе у всех больных была выявлена ПВР С степени.

Оперативное вмешательство включало экстрасклеральное пломбирование в сочетании с витрэктомией, тампонадой сетчатки, введением перфторорганических соеди-

нений с последующей заменой на силиконовое масло, эндолазеркоагуляцией.

Результаты

После проведенного оперативного вмешательства анатомическое прилегание отслоенной сетчатки достигнуто на 45 (84 %) глазах, частичное прилегание — 5 (8 %) глазах и в 3 (8 %) случаях, сетчатка не прилегла. Полученный анатомический эффект получил выражение в улучшении зрительных функций. Так, послеоперационная острота зрения 0,01–0,02 сохранилась на 4 (7,5 %) глазах, улучшение остроты зрения от 0,03 до 0,1 получено на 21 (40 %) глазу, острота зрения равная 0,15–0,3 на 16 (30 %) глазах и на 4 (7,5 %) глазах — острота зрения осталась без перемен.

Выводы

1. Частота встречаемости пролиферативного синдрома с последующей отслойкой сетчатки практически в равной степени развивается на глазах после традиционной экстракапсулярной экстракции катаракты (42,2 %) и факоемульсификации (50 %).

2. Применение витреоретинальной хирургии позволило получить прилегание сетчатки в 84 % случаев.

3. При наличии ПВР у больных, имеющих интраокулярные линзы показаны ежеквартальные профилактические осмотры глазного дна с фундус-линзой для раннего выявления тракционных тяжей и разрывов сетчатки с целью проведения профилактической лазерной или витреальной хирургии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Захаров, В. Д. Особенности витреоретинальной хирургии при отслойках сетчатки, осложненных передней пролиферативной витреоретинопатией / В. Д. Захаров // Офтальмохирургия. — 2007. — № 1. — С. 38–41.
2. Тактика хирургического лечения отслоек сетчатки на артефактных глазах / В. С. Шкворченко [и др.] // Офтальмохирургия. — 2002. — № 2. — С. 44–48.
3. Луковская, Н. Г. Анализ хирургического лечения отслойки сетчатки у больных, оперированных ранее по поводу катаракты с имплантацией ИОЛ / Н. Г. Луковская, А. Д. Щукин // Российский медицинский журнал. — 2007.

УДК: 616.62 – 002 – 076 – 085.276

РАК ИЛИ ЦИСТИТ. ДИФДИАГНОСТИКА

Цыбуля О. А., Ковылина М. В.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Д. Ю. Пушкарь

**Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования**

**«Московский государственный медико-стоматологический университет»
г. Москва, Российская Федерация**

Введение

Полипоидный цистит, редко встречающееся заболевание, которое цистоскопически и гистологически может имитировать уротелиальные неоплазии. В мировой литературе описываются единичные случаи. Частота встречаемости полипоидного цистита составляет 0,38 %, среди пациентов, перенесших катетеризацию мочевого пузыря.

Материалы и методы

В условиях клиники урологии ГКБ № 50 мы наблюдали двух больных с диагнозом полипоидный цистит. В обоих случаях причиной обращения к урологу явилась макрогематурия. По данным лабораторно-инструментальных методов обследования было заподозрено злокачественное поражение мочевого пузыря с распространенным характером роста. При эндоскопическом исследовании определялось наличие стекающихся грубоворсинчатых образований, без четких границ с явлениями буллезного отека, распада, кровоизлияний и инкрустацией мочевыми солями. Данные мультиспиральной компьютерной томографии подтвердили распространенный характер роста.

Учитывая данные клинической картины и лабораторно-инструментальных методов исследования, у пациентов было заподозрено наличие опухоли мочевого пузыря T3bNxMx. Согласно рекомендациям руководства Европейской Ассоциации Урологов по лечению рака мочевого пузыря пациентам была выполнена трансуретральная резекция мочевого пузыря.

По данным патоморфологического исследования у пациентов диагностирован полипоидный цистит.

Выводы

Полипоидный цистит — доброкачественное образование без риска развития злокачественного процесса. В данном случае полипоидный цистит симулировал инвазивный переходноклеточный рак. Описанные клинические случаи редко встречаются в практике, имеют клиническую ценность и представляют интерес для урологов, патологов и онкологов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Spitalo, L. Eosinophilic polypoid cystitis with flat carcinoma in situ of the overlying epithelium / L. Spitalo, J. Deangelis, M. Bosio // Arch. Esp. Urol. — 1989. — Vol. 42(8). — P. 809–811.
2. Goble, N. M. Histological changes in the urinary bladder secondary to urethral catheterisation / N. M. Goble, T. Clarke, J. C. Hammonds // Histological changes in the urinary bladder secondary to urethral catheterisation // Br. J. Urol. — 1989. — Vol. 63(4). — P. 354–357.
3. Lane, Z. Polypoid/papillary cystitis: a series of 41 cases misdiagnosed as papillary urothelial neoplasia / Z. Lane, J. I. Epstein // Am J. Surg. Pathol. — 1989. — Vol. 32(5). — P. 758–764/
4. Имяитов, Е. Н., Хансон К. П. // Практическая онкология. — 2003. — Т. 4, № 4.
5. Джаске Г. [и др.] // Pocket Guidelines European Association of Urologi. — 2007.

УДК 616.62-002.5

ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ЦИСТИТ. ДВА СЛУЧАЯ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Цыбуля О. А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Д. Ю.Пушкарь

**Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования**

**«Московский государственный медико-стоматологический университет»
г. Москва, Российская Федерация**

Введение

России туберкулез мочевого пузыря по данным различных авторов составляет 10–45,6 % от мочеполювого туберкулеза. Мочеполювой туберкулез — одна из самых главных проблем в Индии с распространенностью 400 на 100 тыс. населения, что составляет 15–20 % экстрапульмонарного туберкулеза. Мочеполювой туберкулез все еще представляет главную урологическую проблему в северной части Африки. В США только у 20–30 % пациентов с мочеполювым туберкулезом есть хронология легочной инфекции. В Москве туберкулез мочевого пузыря по последним данным литературы составляет 13,11 % от мочеполювого туберкулеза.

Российские ученые обнаружили, что у 4 % пациентов с туберкулезом мочевого пузыря развивается рак.

В 21,1 % случаев туберкулез мочевого пузыря приводит к образованию микроциста, что требует реконструктивного оперативного вмешательства в объеме илеоцистопластики, гастростомопластики или создание искусственного мочевого пузыря.

Материалы и методы

В условиях клиники урологии ГКБ № 50 мы наблюдали двух больных с диагнозом туберкулез мочевого пузыря. В обоих случаях имел место длительный анамнез воспалительного заболевания мочевого пузыря, требующий неоднократной госпитализации, курсов местной и общей противовоспалительной терапии, которые не давали положительного эффекта. Клинически заболевание проявлялось учащенным, болезненным мо-

чеиспусканием, гематурией. По данным лабораторно-инструментальных методов обследования (бактериологического исследования мочи), роста микрофлоры не было выявлено. При эндоскопическом исследовании определялась тотальная гиперемия слизистой оболочки мочевого пузыря, резкое усиление сосудистого рисунка, в одном случае — изъязвления слизистой оболочки с участками некроза и фибринозного налета.

Учитывая данные длительного анамнеза хронического цистита, не поддающегося общепринятой терапии, клинической картины и лабораторно-инструментальных методов исследования, у пациентов было заподозрено наличие туберкулеза мочевого пузыря. Больные были направлены в специализированное учреждение, где диагноз туберкулезного цистита был подтвержден.

Выводы

Туберкулез мочевого пузыря — это вторичный процесс, требующий ранней диагностики для благоприятного прогноза заболевания. В случае наших пациенток емкость мочевого пузыря была сохранена, что позволяло надеяться на лучший исход.

Необходимо признать тот факт, что мочеполовой туберкулез остается серьезной проблемой из-за отсроченного диагноза.

УДК 614.71(476.2)

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА Г. ГОМЕЛЯ

Чайковская М. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. Н. Бортновский

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Среди факторов неблагоприятного воздействия окружающей среды на человека и инфраструктуру, наибольшее беспокойство вызывает увеличивающееся загрязнение атмосферного воздуха из-за нарастающего объема эмиссии газов и аэрозолей антропогенного происхождения. В связи с загрязнением атмосферы крупных промышленных регионов, проблема качества воздушного бассейна волнует людей и привлекает внимание государственных органов и специалистов, ответственных за охрану здоровья населения и защиту окружающей среды [1, 2]. В этом плане не вызывает сомнения важность гигиенической оценки загрязнения атмосферного воздуха загрязняющими веществами города Гомеля как одного из крупнейших промышленных городов Республики Беларусь.

Анализ состояния атмосферного воздуха за 2008 г. и установление корреляционной связи между первичной заболеваемостью органов дыхания детей 0–14 лет г. Гомеля и выбросами загрязняющих веществ в атмосферу от стационарных источников.

Материалы и методы

Результаты регулярных наблюдений на стационарных постах ГУ «Гомельоблгидромет», данные информационно-аналитических бюллетеней «Здоровье населения и окружающая среда в г. Гомеле в 2008 г.», данные экологических бюллетеней «Состояние природной среды Беларуси» за 2003–2008 гг. Методами исследования явились системный, описательно-оценочный, санитарно-статистический.

Результаты и обсуждения

За последние года Гомельская область занимает лидирующие позиции по валовым выбросам в атмосферу. В целом, по Республики Беларусь большинство выбросов за-

грязняющих веществ в атмосферу от стационарных источников приходится на промышленность, ЖКХ, транспорт и связь.

Для г. Гомеля, как крупного промышленного центра, наблюдается тенденция увеличения выбросов загрязняющих веществ в атмосферу за последние годы.

Для воздушного бассейна города характерно загрязнение как основными загрязняющими веществами (оксид углерода, диоксид азота, оксид азота, твердые частицы, диоксид серы), так и специфическими примесями (формальдегид, фенол, аммиак, фтористый водород, летучие органические вещества).

Наибольший вклад в общее количество выбросов от стационарных источников на протяжении ряда лет вносят следующие предприятия: ОАО «Гомельстекло», ТЭЦ № 2, ОАО «Гомельский химический завод», ОАО «Гомельдрев», ОАО «Гомельстройматериалы», РУП «Гомсельмаш» [2].

Экологическая ситуация, создаваемая различными источниками загрязнения атмосферы на территории г. Гомеля, неоднородна. Наиболее высокие уровни загрязнения атмосферного воздуха характерны для Западной промышленной зоны (ул. Барыкина), что обусловлено сконцентрированностью в этой части города значительной части промышленного потенциала города (РУП «Центролит», ОАО «Гомельский химический завод», ТЭЦ-2, Западная котельная и т. д.). Относительно «чистым» по сравнению с другими районами города является район ул. Карбышева в Советском районе. Дети, в силу физиологических особенностей, являются наиболее восприимчивыми к действию загрязненного атмосферного воздуха. В Гомельской области, как и в целом по Беларуси, наиболее распространенной патологией, занимающей первое место в структуре общей и первичной заболеваемости, являются болезни органов дыхания. При оценке корреляционной связи между уровнем первичной заболеваемости органов дыхания детей 0–14 лет г. Гомеля и выбросами загрязняющих веществ в атмосферу от стационарных источников выявлена прямая зависимость.

В целом для г. Гомеля продолжается тенденция увеличения выбросов от передвижных источников и уменьшения объема валовых выбросов в атмосферу от стационарных источников. Несмотря на снижение выбросов в атмосферный воздух от стационарных источников, на территории области остается актуальной проблема загрязнения атмосферы городов, в основном, за счет выбросов автомобильного транспорта. Таким образом, изменение качества среды обитания, безусловно, сказывается на показателях здоровья населения, и именно здоровье является интегральным и адекватным индикатором, который реально отражает характеристики состояния окружающей человека среды.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андрианова, С. Т. Тенденции и прогноз загрязнения атмосферы г. Гомеля / С. Т. Андрианова // Здоровье и окружающая среда. — 2009. — № 13. — С. 12–15.
2. Информационно-аналитический бюллетень «Здоровье населения и окружающая среда в г. Гомеле в 2008 г.». — Гомель, 2009. — С. 36–38.

УДК 310.194:301.085

ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Чebak Ю. А.

Научный руководитель: старший преподаватель Т. С. Тарасевич

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Пrenатальная диагностика (ПД) — это новое практическое направление медицин-

ской генетики. Основу ПД составляют ранняя диагностика и предупреждение рождения детей с тяжелыми некорректируемыми врожденными и наследственными заболеваниями путем прерывания беременности. ПД вошла в практику в 1968 г., после того, когда была усовершенствована техника выращивания зародышевых клеток, помещенных в амниотическую жидкость с целью изучения хромосом. Развитие методики ЭКО позволило проводить диагностирование эмбриона, оплодотворенного *in vitro*, до перенесения его в матку. С 1971 г. стала налаживаться технология амниоцентеза. Целью ПД, в отличие от медицинской диагностики, является не обнаружение патологии для обоснования наиболее оптимального метода ее лечения, а обнаружение, главным образом, неизлечимых наследственных аномалий у ребенка для его уничтожения с помощью аборта. По данным С. Mansfield и соавторов, чаще всего, прерывают беременность после выявления у ребенка синдрома Дауна (в 92 % случаев), анэнцефалии (в 84 %), синдрома Тернера (в 72 %), расщелины позвоночника (в 64 %) и синдрома Клайнфельтера (в 58 %) [1]. Число известных на сегодняшний день наследственных заболеваний превышает 4000 и продолжает пополняться каждую неделю, параллельно расширяются списки заболеваний, доступных ПД [1, 3]. Вместе с тем, прогресс данной технологии не сопровождается повышением нравственного уровня и профессиональной ответственности врачей-генетиков. Скорее, происходит обратное: все большее число подозреваемых по результатам ПД заболеваний у плода расценивается как основание рекомендовать пациенткам аборт и в этот список внесли даже такие формы патологии (например, врожденную гиперплазию коры надпочечников), для которых уже давно разработана схема лечения. Женщина, направляемая на обследование, обычно ждет подтверждения, что плод у нее развивается нормально, а врач считает успехом обнаружение у плода дефекта. Следовательно, цели беременной женщины и врача при проведении генетического тестирования, чаще всего, не совпадают. И при направлении на обследование беременных от них скрывают, что результатом такого обследования будет аборт. Исходя из этого, ПД как новое направление медицинской практики порождает ряд этических проблем [5]. Главная из них связана с ее прямым последствием, а именно: с абортом детей с пороками развития, т.е. с так называемым евгеническим абортом, который является, по сути, своей генетической чисткой общества, осуществляющей отбор полноценных здоровых человеческих особей и закрепляющей именно за ними право на дальнейшее существование [2]. Специалисты, ратующие за массовые евгенические мероприятия в РФ, стремятся к тому, чтобы ПД получила статус «обязательного скрининга» для всех беременных старше 35 лет, так как у них повышается риск родить ребенка с с-мом Дауна. Беременные женщины, как известно, нередко испытывают в этих ситуациях значительное психологическое давление со стороны медиков. Дело усугубляется еще и тем, что ряд инвазивных методов, применяющихся в ПД для анализа кариотипа нерожденного младенца, представляют определенный риск для его жизни (приводят к выкидышу). Этот риск (обычно не менее 0,5–2 %) сопоставим с риском наличия у нерожденного младенца хромосомного заболевания или врожденных нарушений развития [1, 3]. Кроме этого, ни один метод, применяемый в ПД, по объективным причинам, не позволяет полностью исключить получение как ложноотрицательных, так и ложноположительных результатов. И в число приговоренных к аборту нерожденных младенцев неизбежно попадают и здоровые дети. Следовательно, массовые мероприятия по проведению ПД в реальности неизбежно приводят к увеличению перинатальной смертности не только больных, но и здоровых нерожденных детей. По мнению большинства врачей, развитие и широкое внедрение ПГ позволит решать как социальные, так и индивидуальные задачи. Социальные задачи связаны, прежде всего, с улучшением показателей общественного здоровья, включая снижение показателей детской смертности. Индивидуальные — с избавлением родителей от тягот забот о больном ребенке [2]. Сторонники движения в защиту жизни особенно в США, где, чаще всего, происходит аборт, как следствие результата пренаталь-

ного диагностирования, признают достоинство человеческого зародыша, его статус живого реального человеческого индивида, даже, когда он обладает пороками развития. У нерожденного человека есть право родиться. С этой позиции, права нерожденного больного человека оказываются попораны. При этом нет никакой разницы, кто определяет его судьбу — государство или родители — в обоих случаях ребенок одинаково бесправен и одинаково бессилен перед лицом превосходящей силы. На самом ли деле «гуманна» эта сила, не принимающая во внимание, что забота о родившихся детях-инвалидах повышает общий уровень нравственности и гуманности в обществе, а в этом, в конечном счете, заключается главный источник духовно-нравственного благополучия общества [5].

ЛИТЕРАТУРА

1. Пренатальная диагностика наследственных и врожденных болезней / под ред. акад. РАМН, проф. Э. К. Айламазяна, чл.-корр. РАМН, проф. В. С. Баранова. — М.: МЕДпресс-информ, 2006.
2. Зыбкая грань или опасная сделка..? / Этические проблемы в медицине. — М.: Издательство Душепопечительного Православного Центра св. прав. Иоанна Кронштадского, 2007. — С. 184–194.
3. Основы перинатологии / под ред. проф. Н. П. Шабалова и проф. Ю. В. Цвелева. — 3-е изд. — М.: МЕДпресс информ, 2004. — 640 с.
4. Ижевская, В. Л. Динамика этических установок российских медицинских генетиков / В. Л. Ижевская // Человек. — 2006. — № 4. — С. 78–83.
5. Сгречча, Э. Биоэтика / Э. Сгречча, В. Тамбоне. — М. Библиейско-Богословский институт св. апостола Андрея, 2002. — С. 129–132.

УДК 618.175-089.087

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОТОКОЛОВ ДИАГНОСТИКИ ПАЦИЕНТОК С ТАЗОВЫМИ БОЛЯМИ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Черняк А. С., Жандарова А. К., Кучук Д. О.

Научные руководители: д.м.н., профессор М. В. Кажина,
к.м.н. М. Ю. Сурмач

Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Тазовые боли (с локализацией внизу живота, иногда в крестце, прямой кишке, влагалище) могут носить разный характер. Боли могут быть острыми или хроническими, имеют разную этиологию и, соответственно, разные принципы лечения.

Острая боль — это внезапно возникшая сильная боль, продолжающаяся несколько часов или дней, может сопровождаться повышением температуры тела, тошнотой, рвотой, кишечными расстройствами, расстройствами мочеиспускания, резкой слабостью и недомоганием. В понятие острой тазовой боли (ОТБ) включаются практически все urgentные гинекологические состояния.

Хроническая тазовая боль (ХТБ) (постоянная или интермитирующая боль в области таза, беспокоящая не беременную и не находящуюся в послеродовом периоде женщину на протяжении не менее 6 месяцев) характеризуется высокой частотой встречаемости в популяции [1, 2].

Материалы и методы

Объектом исследования явились женщины 18–45 лет, поступившие в гинекологические стационары по urgentным показаниям (n = 147). Критерием включения был симптом ОТБ. Всем пациенткам производился кульдоцентез, выполнялся стандарт диагностики больных с клиникой «острого живота». Использовалась анкета для оценки характера ОТБ со шкалой интенсивности боли.

Для уточнения медико-социальных особенностей ХТБ у женщин при помощи анкеты проведен опрос 315 женщин 18–35 лет, не беременных и не находящиеся в послеродовом периоде. Женщины, ответившие на вопрос о наличии ХТБ положительно, бы-

ли отобраны в исследуемую группу (177 человек), ответившие отрицательно — в контрольную группу (138).

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст больных с ОТБ составил 33 года. Анкета содержала 30 вопросов, позволяющих выяснить характер тазовой боли. Выявлено, что 18 % пациенток поступают в перiovуляторный период (12–16 день цикла). Исследование перитонеальной жидкости подтвердило невоспалительный характер пунктата. Шкала интенсивности ОТБ содержала 6 пунктов. Выявлена зависимость (–0,97) между возрастом и интенсивностью боли, (+0,91) между частотой половых актов и эпизодами тазовой боли. Интенсивность ХТБ по 10-балльной шкале составила ($M \pm m$) $5,4 \pm 0,12$ балла. Характер боли: боль, не связанная с менструацией и половым актом — 8,89 %; боль возникает и сама по себе, и во время менструации — 9,52 %; боль возникает и во время менструаций, и во время полового акта, и сама по себе — 4,1 %; только болезненные менструации — 30,5 %. Большинство женщин с наличием хронической тазовой боли указывали на одну из перечисленных возможных ее причин: варикозное расширение вен малого таза есть у 1,6 %, хронические заболевания кишечника — у 13,4 %, воспалительная патология внутренних половых органов — у 13,4 %, миома — у 3,2 %, цистит, пиелонефрит — у 18,3 %. В группе женщин с наличием ХТБ имели аборт в анамнезе 15,8 %; с отсутствием — 23,2 % соответственно ($p > 0,05$).

Выводы

Апробированная анкета по объективизации характера тазовых болей у женщин репродуктивного возраста позволяет выявить группу пациенток, не нуждающихся в госпитализации. Протокол обследования больных с острыми тазовыми болями должен быть дополнен процедурой морфологического исследования перитонеальной жидкости, что позволит избежать полипрагмазии, сократит пребывание больных в стационаре. Комплексный подход к оценке семиотики тазовых болей позволит применить в клинике так называемый протокол «терапии одного дня», будет способствовать эффективному и максимально экономичному подходу к диагностике и ведению пациенток репродуктивного возраста с синдромом острых тазовых болей.

Целенаправленное выявление соматических заболеваний, сопровождающихся хронической тазовой болью позволит быстрее и качественней оказывать лечебную и профилактическую помощь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Линева, О. И. Энерион в комплексной терапии больных с синдромом хронической тазовой боли / О. И. Линева // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2006. — № 2. — С. 41–43.
2. Gidro-Frank. Pelvic pain and female identity / Gidro-Frank, T. Gordon, H. Taylor // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1960. — № 79. — P. 1184–1202.

УДК: 618.333-073.75

ДИАГНОСТИКА НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Чесновская Е. Г., Страпко Н. В., Ковалевская Е. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. В. Гутикова

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Во всем мире актуальными являются исследования, направленные на изучение причин нарушения репродуктивной функции человека и разработку методов, восстанавливающих фертильность. Неразвивающаяся беременность (НБ) представляет собой особую форму невынашивания беременности, характеризующуюся довольно длительным скрытым течением, что, в значительной степени, затрудняет ее своевременную диагностику.

Определить основные диагностические критерии неразвивающейся беременности и сформировать группу риска женщин по развитию данной патологии.

Материалы и методы

Нами проведен анализ историй болезней 63 женщин с диагнозом «неразвивающаяся беременность». Для более детального изучения данной проблемы, женщины были разделены на 3 группы. I группа — первородящие женщины (33); II группа — повторнородящие женщины (23); III группа — женщины, в анамнезе которых были беременности, но закончившиеся прерыванием (7).

Результаты исследования

Средний возраст обследованных женщин составил $26,94 \pm 6,0$ года; 28,57 % всех женщин были в возрасте 30 лет и более, причем 20,63 % женщин относились ко II группе. Среди жалоб, которые предъявляли женщины, наиболее часто встречались: у 47,62 % женщин отмечены боли внизу живота и кровянистые выделения из половых путей; 17,46 % женщин — болезненные ощущения внизу живота; 33,33 % — кровянистые выделения из половых путей, 1,59 % (1 женщина) — без жалоб. Диагноз НБ в 87,3 % случаев был подтвержден с помощью УЗИ. По нашим данным, основными эхографическими признаками НБ являлись: отсутствие визуализации эмбриона (20,63 %); отсутствие сердечной деятельности эмбриона (47,62 %); отсутствие двигательной активности эмбриона (11,11 %). НБ достоверно чаще встречалась среди женщин в возрасте 18–35 лет, т. е. в возрасте активной репродукции ($p < 0,05$). Первая НБ встречалась чаще в возрасте 23–25 лет. Установлено, что замирание беременности у женщин трех групп в 26,98 % случаев происходило в сроке беременности 8–10 недель, в 55,55 % случаев — срок беременности составил 3–7 недель. 44,44 % исследуемых имели среднее образование, 39,68 % — высшее, у 15,87 % женщин данных относительно образования не было. Аллергические реакции по типу крапивницы на лекарственные препараты наблюдались у 12,7 % обследуемых женщин. Средний возраст менархе у женщин $13,87 \pm 1,41$ года; в 1-й и 2-й группах — $13,86 \pm 0,95$ лет и $13,43 \pm 1,16$ лет соответственно, $14,57 \pm 0,77$ лет — у женщин 3-й группы, что соответствует среднестатистическим показателям. Анализ репродуктивного поведения показал, что средний возраст начала половой жизни у женщин в исследуемых группах 1-й, 2-й, 3-й — $18,72 \pm 1,67$, $18,5 \pm 1,32$, $18,28 \pm 1,06$ соответственно. У 34,92 % женщин — В-группа крови, положительный резус-фактор — 77,77 % исследуемых женщин. Третья часть всех женщин (30,16 %) имели эрозию шейки матки, причем распределение по трем группам следующее 15,15 %, 47,83 %, 42,6 % соответственно. Таким образом, диагноз неразвивающейся беременности подтверждается в стационарно-амбулаторных учреждениях с помощью УЗИ-диагностики (отсутствие визуализации, сердечной деятельности и двигательной активности эмбриона; несоответствие размеров матки сроку беременности). В группу риска по развитию НБ следует отнести женщин в возрасте более 30 лет и первородящих в возрасте 23–25 лет; женщин в ранние сроки беременности; имеющие среднее специальное образование; с В-группой резус-положительной кровью; без отягощенного аллергологического анамнеза; с нормальным менструальным циклом; с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доброхотова, Ю. Э. [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2006. — № 2. — С. 13–17.

УДК:618.333:618.14-071.7

АНАЛИЗ ПРИЧИН ЗАМИРАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СОСКОБОВ ИЗ ПОЛОСТИ МАТКИ

Чесновская Е. Г., Ковалевская Е. С., Страпко Н. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. В. Гутикова

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

В современной медицине в настоящее время актуален вопрос по проблеме несостоявшегося аборта (missed abortion) или неразвивающейся беременности, которая является не только медицинской, но и социальной проблемой. Во-первых, по причине влияния на уровень рождаемости, перинатальной и ранней детской смертности. Во-вторых, несостоявшаяся беременность становится тяжелой психической травмой, нередко приводящей к отказу от последующей беременности. Частота данной патологии в структуре репродуктивных потерь высока и достигает 20 % от общего числа беременностей.

Цели исследования

Выявить причины, приведшие к неразвивающейся беременности, на основании морфологического исследования материала, полученного после кюретажа полости матки.

Материалы и методы

Нами проведен анализ историй болезней и результатов морфологического исследования содержимого полости матки 63 женщин с диагнозом неразвивающаяся беременность.

Согласно проведенным морфологическим исследованиям нами обнаружено, что в 41,27 % случаев в соскобе из полости матки наряду с нормальными зонами маточно-плацентарной области, встречались «микроабсцессы», состоящие из некротизированной ткани в центре и воспалительного валика вокруг. В периферических отделах воспалительного валика наряду с лейкоцитами и лимфоцитами располагались некротизированные децидуальные клетки на большом протяжении маточно-плацентарной области. Выявленные нами изменения указывают на преобладание в репродуктивной системе данной категории женщин перенесенного воспалительного процесса. По нашим данным, этот тип гистограммы, преимущественно, встречался у первородящих женщин. В 23,86 % случаев в представленном материале для исследований нами обнаружено наличие маточного эпителия с выраженными дистрофическими изменениями, кровеносными сосудами капиллярного типа, редкими железами с атрофическими или десквамированными эпителиоцитами. Наличие ворсин плаценты только мезенхимального типа, без признаков ангиогенеза, отечных и ослизненных, особенно незрелой плацентарной ткани, указывает на нарушения, преимущественно, гормонального характера. Согласно полученным результатам, выявленные изменения наиболее часто встречались у повторнородящих женщин. В 33,33 % случаев выявлены элементы беременности, отдельная незрелая плацентарная и децидуальная ткани, а также децидуальная оболочка, что указывает на причину замирания беременности. Таким образом, на основании полученных результатов гистологического исследования соскобов, полученных после проведения кюретажа полости матки. Практически в 70 % случаев причинами, приводящими к замиранию беременности в ранних сроках, являются острые или хронические воспалительные заболевания (2/3 случаев) и гормональные нарушения (1/3 случаев). В остальных случаях причину неразвивающейся беременности необходимо устанавливать с привлечением специальных высокоинформативных методов исследования для выявления генетических, иммунологических и других потенциально вероятных факторов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Радзинский, В. Е. / Неразвивающаяся беременность / В. Е. Радзинский, В. И. Димитрова, И. Ю. Майскова. — М.: ГЕОТАР-Медиа, 2009. — 200 с.
2. Несяева, Е. В. // Акушерство и гинекология. — 2005. — № 2. — С. 3–6.

УДК: 616.33:612.392.64

ОЦЕНКА ПОВРЕЖДАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТОВ ЙОДА НА СЛИЗИСТУЮ ЖЕЛУДКА

Чеченкова Е. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. И. Зарянкина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Заболевания щитовидной железы в различных возрастных группах являются актуальной проблемой для врачей различных специальностей: эндокринолога, врача педиатра участкового. В связи с чем, УЗИ щитовидной железы включено в перечень необходимых исследований для детей (согласно диспансеризации, проводимой в Республике Беларусь). Однако, на фоне лечения препаратами йода возможно возникновение стойких диспептических

Цель исследования

Изучить влияние препаратов йода на слизистую желудка у детей с диагнозом «диффузный эндемический зоб».

Материалы и методы

В исследование были включены 28 больных детей, мужского и женского пола, в возрасте 6–15 лет, с диагнозом «диффузный эндемический зоб». Методы исследования: ФГДС, желудочное зондирование, экспресс-тест определения *H.pylori*.

Результаты

До назначения препаратов йода обследуемой группе, жалоб со стороны ЖКТ они не предъявляли. В связи с выставленным диагнозом диффузный эндемический зоб детям были назначены препараты йода:

24 человека принимали йодомарин: из них в возрасте 6–10 лет — 12 чел. (50 %) в дозировке 100 мкг/сут; в возрасте 11–13 лет — 8 чел. (33 %) в дозировке 150 мкг/сут; в возрасте 14–15 лет — 4 чел. (17 %) в дозировке 200 мкг/сут.

4 чел. (17 %) в возрасте 11–13 лет принимали йодбаланс в дозировке 150 мкг/сут.

Длительность приема препаратов йода была различна (таблица 1).

Таблица 1 — Длительность приема препаратов йода

Длительность приема, мес	Количество детей	%
6	1	3,6
7	1	3,6
8	2	7,2
9	4	14,3
10	6	21,4
11	8	28,5
12	6	21,4

При приеме препаратов наиболее часто развивались следующие клинические симптомы: отрыжка кислым — у 8 (29 %) детей; тошнота, эпизоды рвоты — у 4 (14 %) детей; боли в животе — у 28 (100 %) детей, что заставило обратиться за медицинской помощью для дообследования и лечения. Амбулаторно и стационарно дети были

При проведении ФГДС выявлено: хронический гастрит — у 15 (54 %) человек; хронический гастродуоденит — у 9 (32 %) человек; эрозивный гастрит *H.pylori*-отрицательный — у 4 (14 %) человек.

При сборе наследственного анамнеза было установлено: наследственность по заболеваниям ЖКТ была отягощена — у 19 (68 %) детей: по язвенной болезни — у 9 детей, по хроническому гастродуодениту — у 10 детей. Неотягощенная наследственность — у 9 (32 %) человек.

Экспресс-методом определялось наличие *H.pylori*-инфекции у данной группы детей.

- *H.pylori*-ассоциированная патология диагностирована у 9 (32 %) детей — все дети из группы с наследственной предрасположенностью по язвенной болезни.

- *H.pylori*-отрицательная патология — у 19 (68 %) детей.

- Определяя кислотность желудочного сока, было выявлено: нормальная кислотность — у 71 %, повышенная — у 29 %.

Выводы

Препараты йода повышают вероятность воспалительных изменений слизистой

желудка. Причем длительность приема прямо пропорциональна патологическим изменениям, в том числе эрозивным процессам слизистой желудка *H. pylori*-отрицательным и не требующим его эррадикации. Наследственная предрасположенность и инфицированность *H. pylori* при приеме препаратов йода усугубляет риск возникновения хронических заболеваний желудка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов, А. С. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение болезней органов пищеварения / А. С. Белоусов, В. Ф. Водолагин, В. П. Жаков // М.: Медицина. — 2002. — 424 с.
2. Ройтберг, Г. Е. Внутренние болезни. Система органов пищеварения / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. — М., 2007. — С. 104–113.
3. Циммерман, Я. С. Хронический гастрит и язвенная болезнь / Я. С. Циммерман. — Пермь, 2000. — 256 с.
4. Яковенко, Э. П. Абдоминальные боли: от патогенеза к лечению / Э. П. Яковенко, П. Я. Григорьев, А. В. Яковенко // Вестник РГМУ. — 2001. — № 6. — С. 7–13.

УДК 940.53(476)

3-Й БЕЛОРУССКИЙ ФРОНТ. ОПЕРАЦИЯ «БАГРАТИОН»

Чубукова О. В.

Научный руководитель: ст. преподаватель
кафедры общественно-гуманитарных наук А. А. Сироткин

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Белорусская операция Советских Вооруженных сил вошла в историю ВОВ и второй мировой войны как одна из решающих и блестящих операций по разгрому немецко-фашистских войск. Большой вклад внес в эту операцию 3-й Белорусский

Целью нашей работы является показать роль 3-го Белорусского фронта в разгроме немецко-фашистской группы армии «Центр» на белорусской земле.

19 апреля 1944 г. на основании постановления ГКО прежний Западный фронт был переименован в 3-й Белорусский [1]. По плану, разработанному ставкой, фронт действовал на Минском и Могилёвском направлениях, которые выводили наступавшие войска к Минску. Ширина полосы действий составляла около 300 км, что не вызывало особых трудностей в управлении войсками. Подготовка к операции прошла в два этапа, в результате чего армии были значительно усилены войсками и боевой техникой, причем наибольшее усиление получили 1-й и 3-й Белорусские фронты. Вооружение 3-го Белорусского фронта составило: танков — 1169, самоходно-артиллерийских установок — 641, противотанковых орудий — 1175, орудий — 2893, минометов — 3552, установок реактивной артиллерии — 689, зенитных орудий — 792, самолетов — 1864, автомашин — 16208. По численному составу фронта, без учета армейских и фронтовых тыловых учреждений и частей, насчитывалось почти 390 тыс. человек. В состав 3-го Белорусского фронта входили 39-я, 5-я и 31-я армии, 11-я общевойсковая, 5-я гвардейская танковая армии, 2-й гвардейский танковый, 3-й гвардейский механизированный, 3-й гвардейский корпуса, артиллерийские дивизии и несколько других соединений и частей артиллерии, отдельные танковые и самоходно-артиллерийские полки. Командующим фронта был генерал-полковник Иван Данилович

Накануне наступления была проведена разведка боем, которая поддерживалась артиллерией и авиацией. Разведка 3-го Белорусского фронта обнаружила перед фронтом 5-й армии недостаточно стойкую оборону, и передовые батальоны захватили небольшие плацдармы на р. Суходровке, что позволило в ночь на 23 июня подготовить переправу через эту реку. На оршанском направлении передовые батальоны всюду встретили хорошо организованную оборону, и поэтому вклиниться в нее не удалось.

Утром 23 июня 1944 г. силы 1-го Прибалтийского, 3-го и 2-го Белорусских фронтов после мощной артиллерийской и воздушной подготовки перешли в наступление в Витебском, Оршанском и Могилёвском направлениях [3]. На участке 39-й армии артиллерийская подготовка атаки продолжалась не более часа вследствие того, что там был обнаружен отход противника с первой позиции, поэтому передовые подразделения армии, не дожидаясь окончания артиллерийской подготовки, перешли в атаку, переросшую в общее наступление армии. К полудню ее войска перерезали железную дорогу Витебск — Орша у ст. Замосточье, нанесли поражение 197-й пехотной дивизии противника, захватив в плен ее командира. К исходу первого дня наступления 39-я армия своим левым крылом продвинулась до 15 км. 24 июня войска этой армии к концу дня во взаимодействии с 43-й армией 1-го Прибалтийского фронта, наступавшей с севера к Западной Двине, перерезали все пути отхода витебской группировки, а на следующий день окончательно завершили окружение и начали расчленять и уничтожать окруженную группировку. 26 июня после упорных боев был полностью освобожден от немецко-фашистских войск областной центр Белоруссии Витебск. К середине дня 27 июня с Витебской группировкой было покончено, в этот же день гарнизон немецко-фашистских войск, оборонявший Оршу, был уничтожен; так завершилась Оршанская операция, в результате которой были полностью открыты смоленские «ворота» для дальнейшего наступления наших войск в полосе автомагистрали и железной дороги [1]. Основная задача по прорыву обороны противника была выполнена, и войска фронта стремительно продвигались к Березине. Следующей задачей было скорейшее освобождение Минска. Овладение Минском — важным стратегическим объектом, крупным узлом дорог — открывало свободу действий всем четырем фронтам и перекрывало пути отхода противнику с Могилевского направления. По директиве Ставки от 28 июня конномеханизированная группа, преодолев сопротивление пехотной дивизии противника, форсировала Березину в районе оз. Палик и, наступая по лесисто-болотистой местности, к исходу 30 июня овладела населенным пунктом Плещеницы, а через двое суток, уничтожая выдвигаемые противником эшелоны, прошла почти 100 км, заняла Вилейку, продолжая действовать из-за недостатка горючего отдельными частями и подразделениями, перехватила железную дорогу Минск — Вильнюс в районах Молодечно, Сморгонь [1]. Войска 3-го Белорусского фронта, успешно развивая наступление, 1 июля освободили г. Борисов. В результате немецкая 3-я ТА была отсечена от 4-й А [2]. 11-я гвардейская армия, развивая наступление, главными силами продвинулась севернее Минска и к 4 июля вышла на рубеж Молодечно и севернее, примыкая правым флангом к 5-й армии. 5-я гвардейская танковая армия 2 июля вышла в район Острошицкого городка и передовыми отрядами завязала бои за северную и северо-восточную окраины Минска. К исходу следующего дня ее части перерезали пути отхода противника на северо-запад. В этот же день в Минск с востока ворвался 2-й гвардейский танковый корпус под командованием генерала А. С. Бурдейного. Одновременно к городу подошли передовые отряды 11-й гвардейской, 31-й армий и 3-го гвардейского танкового корпуса генерала И. А. Вовченко. Оборону Минска осуществляли остатки трех пехотных и 5-й танковой дивизий, а также несколькими полицейскими полками. Атаковав противника, наши войска утром 3 июля ворвались в город. К исходу дня 3 июля Минск был полностью очищен от врага. Соединением войск двух фронтов было завершено окружение крупной группировки противника восточнее Минска. За 12 суток войска четырех фронтов разгромили главные силы группы армий «Центр». По третьей директиве Ставки от 4 июля основными задачами фронта было не позднее 10–12 июля овладеть рубежом Вильнюс, Лида; и, нанося главный удар на Вильнюс, в дальнейшем выйти на реку Неман, захватив плацдармы на его западном берегу. Эти задачи были выполнены 9 и 16 июля. 11 июля был закончен разгром окруженной группировки. Войска правого крыла 3-го Белорусского фронта 5 июля овладели г. Молодечно, а затем, уничтожая встречавшиеся не-

значительные резервы противника, вышли к 8 июля к столице Литовской ССР Вильнюсу. Попытка овладеть городом с ходу не удалась, но 13 июля сопротивление немецко-фашистских войск было подавлено, и Вильнюс был полностью очищен. 11-я гвардейская и 31-я армии успешно продвигались к Неману и 13 июля с ходу начали его форсировать. К 15 июля удалось создать несколько плацдармов, однако сопротивление противника быстро нарастало. 28 июля 3-й Белорусский фронт перешел в наступление всеми армиями и продвинулся к 1 августа по западному берегу Немана еще на 50 км. Затем последовали новая пауза и новое наступление с конечным продвижением до укрепленного рубежа Расейняй, Наумиестис, Августов, где с 29 августа войска фронта перешли к обороне.

Заключение

Таким образом, войска 3-го Белорусского фронта в течение операции «Багратион» достигли значительных успехов, продвинувшись вперед примерно на 270 км, и вышли к границам Восточной Пруссии [1]. В ходе операции советские войска полностью разгромили 17 дивизий и 3 бригады противника, 50 вражеских дивизий потеряли более половины своего состава. 3-ий Белорусский фронт также понес значительные потери: за период проведения операции погибло более 200 тыс. человек. За мужество и героизм, проявленный при освобождении Беларуси, 1,5 тыс. генералов, офицеров и солдат было присвоено звание Героя Советского Союза, орденами и медалями награждено более 402 тыс. воинов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Освобождение Белоруссии 1944 г. / под ред. чл.-кор. АН СССР А. М. Самсонова. — М.: Наука, 1970. — 770 с.
2. Великая Отечественная война 1941–1945 гг. // Энциклопедия. — М.: Советская Энциклопедия, 1985. — 832 с.
3. Чигринов, П. Г. История Беларуси: монография / П. Г. Чигринов. — Мн.: Научное издание, 2006. — 832 с.

УДК [616.153.96:546.3]:616.8 – 092

МЕТАЛЛОТИОНЕИНЫ-III: СТРУКТУРА, ЛОКАЛИЗАЦИЯ, РЕГУЛЯЦИЯ, ФУНКЦИИ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЕ

Чубукова Т. Н.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. С. Угольник

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Металлотионеины (МТ) представляют собой богатые цистеинами и ионами металлов низкомолекулярные протеины, которые широко распространены в органах и тканях человека в виде пяти изоформ (от МТ-I до МТ-VL). Гены МТ сгруппированы в 16q13 регионе, который включает семь функциональных генов МТ-I (МТ-IA, -B, -R, -F, -G, -H, -X) и генов, кодирующих другие изоформы МТ (МТ-IIA, МТ-III, МТ-IV, МТ-VL). Экспрессия генов МТ-I и МТ-II наблюдается в большинстве органов и тканей, в том числе и астроглии ткани головного мозга. МТ-IV синтезируется в коже, МТ-VL является яичково-специфическим белком. Регуляция уровня экспрессии МТ-I и МТ-II происходит под действием ДНК-групп региона промотора МТ генов человека и млекопитающих. К ним относятся элементы, которые отвечают на воздействие металлов, глюкокортикоидов, продуктов оксидантного стресса, вследствие чего изменяется экспрессия МТ. Действие ДНК-групп опосредовано факторами транскрипции, чувствительными к содержанию цинка. Регуляция МТ-III и МТ-IV изучена недостаточно [1]. МТ выполняют антиоксидантную, антиапоптотическую и антитоксическую функции в организме. Это обусловлено наличием SH-групп в структуре молекулы, которые способны связывать свободные радикалы и тяжелые металлы [2–5]. По данным С. J. Frederikson (2004) МТ оказывает повреждающее действие на нервную ткань вследствие накопления цинка. Одними из наиболее интересных представителей белков данной группы является

МТ-III, или фактор ингибирующий рост. Его называют белком, специфичным для нервной ткани. В мозге здорового человека он обнаруживается в нейронах коры мозжечка, гиппокампа, ядрах основания мозжечка, обонятельной луковице. В ЦНС данный белок представлен в регионах нейронов, которые содержат большое количество цинка в терминальных аксонах [1, 3]. По данным ряда авторов, экспрессия МТ-III наблюдается не только в мозге, но и в других органах и тканях [3].

МТ-III отличается по строению от других изоформ: человеческий МТ III содержит 7 дополнительных аминокислот, представленных одним треониновым остатком в N-терминальном регионе и 6 остатками глутаминовой кислоты, и аланина в C-терминальном регионе. Наличие дополнительных аминокислот обуславливает способность МТ-III ингибировать активность роста культур клеток кортикальных нейронов экстракта мозга крыс при болезни Альцгеймера, что было показано в экспериментальных исследованиях [1, 3]. В мозге здорового человека экспрессия генов МТ находится на низком уровне, в отличие от мозга больных лиц с заболеваниями ЦНС [4]. Данные об изменении экспрессии при ишемии головного мозга являются неоднозначными. Экспериментальные исследования ряда авторов показали, что у мышей при окклюзии средней мозговой артерии наблюдается повышение уровня МТ-III мРНК в мозге. По данным Yanagitani et al. у мышей, вследствие ишемического стресса, уровень МТ-III мРНК повышается в поврежденной ткани головного мозга, в том числе и в обонятельной луковице, мозжечке [1, 3]. Этот процесс связывают с реакцией астроглии, которая защищает нейроны против токсического действия свободных радикалов [2, 4]. По данным других авторов, происходит снижение уровня МТ-III мРНК в мозге мышей при инфаркте мозга, в том числе на первый и седьмой день после окклюзии средней мозговой артерии, после чего уровень МТ-III возвращается к нормальным значениям [1]. Таким образом, МТ являются группой металлосодержащих белков, которые участвуют в механизмах защиты и повреждения тканей организма. МТ-III отличается от других изоформ особенностью строения и функций. Роль МТ-III при заболеваниях нервной системы, в том числе и при ишемии головного мозга требует дальнейшего изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Metallothionein in central nervous system: roles in protection, regeneration and cognition / A.K. West [et al.] // *Neurotoxicology*. — 2008. — Vol. 29, № 3. — P. 488–502.
2. Penkowa, M. Metallothionein I+II expression and roles during neuropathology in CNS / M. Penkowa // *Dan. Med. Bull.* — 2006. — Vol. 53. — P. 105–107.
3. Location, regulation, and function of metallothionein-III / growth inhibitory factor in the brain / C.A. Sogawa [et al.] // *Acta Med. Okayama*. — 2001. — Vol. 55. — № 1. — P. 1–9.
4. Metallothionein biology in the ageing and neurodegenerative brain / J. Dittmann [et al.] // *Neurotoxicity Research*. — 2005. — Vol. 7, № 1/2. — P. 87–93.
5. Expression of metallothionein-I, -II, and -III in Alzheimer disease and animal models of neuroinflammation / J. Hidalgo [et al.] // *Experimental Biology and Medicine*. — 2006. — Vol. 231. — P. 1450–1458.

УДК 616.718.5:616 08 039.74

МИННО-ВЗРЫВНОЕ РАНЕНИЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Чугай А. А., Флёров А. О., Борушко Ю. Б.

Научный руководитель: ассистент А. И. Ославский

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Минно-взрывная травма относится к числу наиболее тяжелых видов боевой хирургической патологии и травм мирного времени. Достаточно высокий (до 25 %) удельный вес повреждений среди больных в челюстно-лицевой хирургии, рост числа тяжелых поврежде-

ний костей лицевого скелета, а также высокий уровень развития осложнений (до 15–25 %) обуславливают дальнейшие поиски путей решения проблемы лечения и реабилитации пострадавших с травматическими повреждениями челюстно-лицевой области (ЧЛЮ).

Материал и методы

Был проведен анализ лечения пациента С. с целью изучения особенностей оперативного лечения минно-взрывной травмы. Пациент С., 20 лет, поступил в стоматологическое отделение ГУ «1134 ВМЦ ВС РБ» 13.11.2009 г. через 30 минут после получения травмы лица под воздействием реактивной струи гранатомета. При поступлении больной был в сознании, самостоятельно жалобы предъявить не мог из-за обширной травмы лица. При осмотре дежурным врачом в приемном отделении: состояние тяжелое (APACHE II — 8 баллов). Кожа лица и тыл левой кисти повреждены продуктами горения пороха. ЧД — 25 в мин., АД 100/50 мм рт. ст., ЧСС — 80 уд./мин, St. localis: асимметрия лица за счет обширной раны нижней и верхней губы слева. Были проведены следующие обследования: рентгенография костей лицевого черепа в 2-х проекциях — перелом нижней челюсти с диастазом костных отломков до 1–2 см, общий анализ крови (Ег — $4,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин — 133 г/л, гематокрит — 0,38, тромбоциты — $279 \times 10^9/л$, лейкоциты — $24,0 \times 10^9/л$, палочкоядерные — 9, сегментоядерные — 67, лимфоциты — 21, моноциты — 3), кровь на групповую и Rh-принадлежность, биохимический анализ крови (общий белок — 87 г/л, мочевины — 3,98 ммоль/л, креатинин — 96,0 ммоль/л, общий билирубин — 12,4 ммоль/л, глюкоза — 5,97 ммоль/л, К — 3,49 ммоль/л, Na — 139,9 ммоль/л, Cl — 110,2 ммоль/л), общий анализ мочи (светло-желтая, удельный вес — 1020, мутная, белок — 0,066, сахар). Выставлен диагноз: открытый оскольчатый перелом нижней челюсти в области подбородка, обширные рваные раны мягких тканей лица в области верхней и нижней челюсти. Термический ожог пороховой кожи лица 1–2 ст. (1 %) и 2 ст. (0,5 %) тыла левой кисти. Травматическая экстракция 4.1,4.2,3.1 зубов верхней челюсти. Травматический шок 1 ст. Проведено хирургическое вмешательство с целью восстановления целостности кости и мягких тканей под назоинтубационным наркозом. Выполнена хирургическая обработка раны мягких тканей, затем костной раны, которая заключалась в тщательном и в то же время бережном удалении свободно лежащих костных осколков, а также осколков, утративших связь с надкостницей. Следующим элементом являлась обработка костных отломков: скусывание острых краев с учетом последующей репозиции. Репозицию и жесткую фиксацию костных отломков челюстей осуществили проволоочным швом, а затем металлическими пластинами с винтовой фиксацией, применяя приточно-отливное дренирование. Затем выполнена первичная пластика раны местными тканями по замещению дефекта кожи.

Результаты

Послеоперационный период протекал без осложнений. 24.11.2009 г. выполнена хирургическая манипуляция по удалению инородных тел поверхностных слоев роговицы. Швы снимали постепенно в течение месяца. Было выполнено две контрольные рентгенограммы: 1) 08.12.2009 г. — визуализируется удовлетворительное состояние отломков костных дефектов до 0,4 см. Отломки фиксированы минипластинами, костная мозоль не визуализируется; 2) 01.02.2010 г. — формируется периостальная костная мозоль. Достигнут хороший косметический эффект.

Выводы

Таким образом, главными отличительными моментами хирургического лечения минно-взрывных ранений челюстно-лицевой области являются тщательное и в то же время бережное иссечение всех явно нежизнеспособных тканей с последующим одновременным

пластическим закрытием дефектов местными тканями, что позволяет добиться не только уменьшения летальности, но и достижения хорошего косметического эффекта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Артюшкевич, А. С. Воспалительные заболевания и травмы челюстно-лицевой области / А. С. Артюшкевич. — Мн., 2001.
2. Бернадский, Ю. И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю. И. Бернадский. — М., 2003.

УДК 618.5-06-089.888

ФАКТОРЫ РИСКА И ПУТИ СНИЖЕНИЯ ПЕРИНЕАЛЬНОЙ ТРАВМЫ В ПЕРВЫХ И ПОВТОРНЫХ РОДАХ

Шаблина О. В., Жандарова А. К., Черняк А. С.

Научный руководитель: к.м.н. И. Н. Яговдик

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Проблема травмы промежности в родах весьма актуальна на сегодняшний день. Травматизация мягких тканей родового канала наблюдается у каждой 3–5-й роженицы. Для предупреждения глубоких разрывов влагалища и промежности каждой 4-й женщине производится эпизиотомия и перинеотомия. Травме родовых путей способствуют неадекватное анатомо-функциональное состояние родовых путей и неправильное ведение родов.

Перинеальная травма нарушает анатомию и функции промежности, что создает предпосылки для развития опущения и выпадения тазовых органов. В большинстве случаев, пролапс начинает формироваться сразу после родов. Роль факторов риска в данной проблеме изучена недостаточно [1, 2].

Материалы и методы

Мы провели ретроспективное исследование на базе УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр». Нами было проанализировано 865 историй родов, проведенных с хирургической защитой промежности и 200 историй родов без хирургической защиты промежности (за 2008 год). Было сформировано четыре группы женщин: I – первородящие, роды у которых осложнились травмой промежности (n=680, 78,6%); II – повторнородящие, роды у которых осложнились травмой промежности (n=185, 21,4%); III – женщины, рожавшие впервые без перинеальной травмы (n=88, 44%); IV – женщины, рожавшие повторно без перинеальной травмы (n=112, 56%).

Результаты исследования и их обсуждение

Распространенность травм промежности, по нашим наблюдениям, составляет 25,2% от количества всех родов.

При исследовании факторов риска акушерской травмы промежности для унификации результатов сравнения мы вычитали из процентных значений группы пациенток с травмами промежности аналогичные значения групп без травм по формулам 1, 2:

$$\Delta_1 = (n_1 \times 100 / N_1) - (n_3 \times 100 / N_3), \quad (1)$$

$$\Delta_2 = (n_2 \times 100 / N_2) - (n_4 \times 100 / N_4), \quad (2)$$

где Δ_1 и Δ_2 — искомые различия между группами первородящих и повторнородящих; n_1, n_2, n_3, n_4 — количество пациенток; N_1, N_2, N_3, N_4 — общее количество женщин в группах исследования.

При этом отрицательные значения Δ_1 и Δ_2 указывали на отсутствие влияния изучаемой категории признака на развитие травмы, а величина положительных учитывалась при анализе [3].

Мы вычислили различия между группами рожениц с идентичным паритетом по

каждому из факторов риска.

По результатам нашего исследования, можно выделить факторы, увеличивающие риск развития перинеальной травмы у первородящих женщин: применение утеротонических средств в родах ($\Delta_1 = 9,6 \%$), масса плода более 4000 г ($\Delta_1 = 8,5 \%$), возраст старше 28 лет ($\Delta_1 = 5,5 \%$), фетоплацентарная недостаточность ($\Delta_1 = 4,9 \%$), хроническая внутриутробная гипоксия плода ($\Delta_1 = 0,7 \%$), длительный безводный период ($\Delta_1 = 0,3 \%$), хронические заболевания дыхательных путей и ЛОР-органов ($\Delta_1 = 0,2 \%$).

По нашим данным, выявлены факторы, увеличивающие риск развития перинеальной травмы у повторнородящих женщин: родовое излитие околоплодных вод ($\Delta_2 = 35,7 \%$), масса плода более 4000 г ($\Delta_2 = 4,3 \%$), анемия во время беременности ($\Delta_2 = 0,9 \%$), системные изменения структуры соединительной ткани ($\Delta_2 = 0,7 \%$).

Выводы

Таким образом, целенаправленное выявление определенных факторов риска травмы промежности может быть использовано для своевременного проведения адекватных профилактических мероприятий материнского травматизма до и во время

Пути снижения акушерской травмы промежности состоят в своевременной профилактике, диагностике и лечении осложнений беременности, создании групп риска по травме, грамотном неагрессивном ведении родов (своевременное выявление аномалий родовой деятельности, контроль за утеротонической терапией).

ЛИТЕРАТУРА

1. Павлов, О. Г. Медицинские и социальные аспекты материнского травматизма в родах / О. Г. Павлов // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2008. — № 5. — С. 44–46.
2. Кулаков, В. И. Акушерский травматизм мягких тканей родовых путей / В. И. Кулаков, Е. А. Бутова. — М.: МИА, 2003. — 128 с.
3. Радзинский, В. Е. Перинеология / под ред. В. Е. Радзинского. — М.: Медицинское информационное агентство, 2006. — 336 с.

УДК 612.172.2:616-053.8

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЗДОРОВЫХ ОБСЛЕДУЕМЫХ

Шаблыко Т. А.

Научный руководитель: ассистент Е. С. Пелеса

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Проблеме изучения variability сердечного ритма (ВСР) в настоящее время уделяется большое внимание, так как по изменению ритма сердечной деятельности можно судить о вегетативной регуляции сердца как у здоровых обследуемых, так и у пациентов с различными заболеваниями. На современном этапе практическое использование методов ВСР в прикладной физиологии и клинической медицине позволяет эффективно решать многие задачи диагностического и прогностического профиля, оценки функциональных состояний, контроля эффективности лечебно-профилактических воздействий.

Цель

Выявить особенности вегетативного обеспечения сердечного ритма (СР) у практически здоровых обследуемых в зависимости от возраста.

Материал и методы

Обследовано 40 относительно здоровых пациентов (18 мужчин и 22 женщины). В зависимости от возраста пациенты были разделены на 3 группы: группа 1 — 15–25 лет (21 обследуемый); группа 2 — 26–40 лет (9 обследуемых); группа 3 — 41–55 лет (10 обследуемых). Вегетативное обеспечение СР изучалось на основании ВСР. Для анализа

ВСП использовался программно-технический комплекс «Поли-спектр» («Нейрософт», Санкт-Петербург). Условия исследования ВСП соответствовали необходимым требованиям: к исследованию приступали через 1,5–2 часа после еды в тихой комнате с постоянной температурой 20–22 °С. Перед исследованием отменялись физиотерапевтические процедуры и медикаменты. Исследования у женщин проводились в межменструальный период. После 10 минут адаптации в горизонтальном положении, при спокойном дыхании регистрировалась электрокардиограмма (ЭКГ) — 5-минутный фрагмент. На основе снятой ЭКГ определялись показатели временного и спектрального анализа ВСП. Расчет ВСП проводился в соответствии с международными стандартами на базе последовательности RR-интервалов синусового происхождения по всей записи. Из анализа были исключены аритмии и артефактные участки записи.

Результаты

В ходе исследования выявлено, что значения временных и спектральных параметров ВСП находились в обратной зависимости от возраста обследуемых.

Во-первых, с увеличением возрастного критерия отмечено снижение временных параметров в исследуемых группах, характеризующих ВСП в целом. Так, если в группе 2 наметились тенденции в снижении параметров SDNN и CV в сравнении с группой 1, то уже группа 3 характеризовалась их наименьшими значениями, $p < 0,001$.

Во-вторых, с возрастом уменьшалась активность парасимпатического отдела вегетативной нервной системы (ВНС), что проявилось в снижении значений временных показателей rMSSD, pNN50 в группах 3 и 2 в сравнении с группой 1, $p < 0,05$, $p < 0,001$.

В-третьих, с возрастом отмечено снижение общей мощности спектра колебаний (TP), $p < 0,05$. Так, если в группе 1 значение TP составило $5969,7 \pm 4198,9 \text{ мс}^2$, в группе 2 — $3046,6 \pm 1877,6 \text{ мс}^2$, $p < 0,05$, то в группе 3 общая мощность спектра уменьшилась уже в 3 раза и составила $1577,5 \pm 750,5 \text{ мс}^2$, $p < 0,001$. Уменьшение общей мощности спектра колебаний происходило за счет снижения мощности колебаний спектра в диапазонах VLF, LF, HF, с постепенным уменьшением их активности с возрастом. Если в группе 2 снижение TP было, преимущественно, за счет уменьшения HF, $p < 0,05$, в сравнении с группой 1, то в группе 3, в сравнении с обследуемыми групп 1 и 2, уменьшалась активность не только парасимпатических влияний, но и симпатических (снижение LF, $p < 0,05$). Однако, на фоне общего снижения влияния обоих отделов ВНС, вклад гуморально-метаболических процессов в регуляцию СР с возрастом увеличивался: в группе 1 %VLF составлял 33,2 %, в группе 2 — 46,8 % ($p < 0,05$), а в группе 3 он увеличился до 52,7 %, $p < 0,05$.

Выводы

1. С увеличением возраста у относительно здоровых обследуемых отмечалось снижение ВСП и общей мощности спектра колебаний за счет уменьшения влияния парасимпатического, симпатического отделов ВНС, и гуморально-метаболических влияний на регуляцию СР.

2. С увеличением возраста у относительно здоровых обследуемых отмечалось перераспределение вклада вегетативной и гуморальной регуляции СР в сторону относительного увеличения гуморально-метаболических влияний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анализ variability сердечного ритма при использовании различных электрокардиографических систем (часть 1) / Р. М. Баевский [и др.] // Вестник аритмологии. — 2002. — № 24. — С. 65.
2. Снежицкий, В. А. Методологические аспекты анализа variability сердечного ритма в клинической практике / В. А. Снежицкий // Медицинские новости. — 2004. — № 9. — С. 37–42.
3. Функциональная диагностика состояния вегетативной нервной системы / Э. В. Земцовский [и др.]. — СПб.: ИНКАРТ, 2004. — 80 с.

УДК 616.936 (476)

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЗАВОЗНЫХ ФОРМ МАЛЯРИИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Шадёнок А. О., Тихоненко Т. В.
Научный руководитель ассистент М. А. Иванова
Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь

По масштабам распространения малярия является одной из наиболее массовых паразитарных болезней в мире. Бесспорно то, что почти половина населения земли живет в эндемичных регионах. Если где-то в мире малярия распространена и остается не ликвидированной, то она может быть завезена в любую точку земного шара. С середины XX в. на территории РБ регистрируются только завозные случаи заболевания в связи с ликвидацией автохтонной, резидентной малярии. Несмотря на то, что выявляется по пять, десять или двадцать случаев в год, все равно эта тема остается актуальной, т.к. это заболевание является потенциально летальным для многих людей, в т. ч. и для резидентов Беларуси. Чем реже регистрируется заболевание, тем хуже проходит его дифференциальная диагностика и лечение. У врачей, которые встречают такую нозологическую форму в неэндемичных районах, необходимо поддерживать высокий уровень знаний по диагностике и лечению заболевания.

Цель

Определить особенности клинической картины, а также диагностики и эпидемиологии различных форм завозной малярии на территории РБ за 2005–2009 гг.

Материалы и методы

С использованием метода выкопировки сведений из медицинских карт 36 стационарных больных, находившихся на лечении в УЗ «Минская городская клиническая инфекционная больница», был проведен анализ клинической картины завозных форм малярии, с выделением наиболее часто встречаемых состояний; сравнительный анализ клинической картины и лабораторных данных у пациентов с повторной и первичной малярией; а также изучение закономерностей между клиническими формами, видами малярии и наличием осложненных форм заболевания.

Результаты и обсуждения

Установлено, что с 2005 по 2009 гг. у 36 пациентов городской клинической инфекционной больницы г. Минска была диагностирована малярия. Всего за данный период в РБ было зарегистрировано 44 случая заболевания.

Анализ показал, что в 58,3 % случаях встречаются анамнестические рецидивы заболевания малярией, тем более неоднократные. Наибольший процент повторов малярии это малярия *vivax* ($42,9 \pm 11,1$) и *ovale* ($23,8 \pm 9,5$). Следовательно, эти формы сопровождаются состоянием легкой ($19,1 \pm 8,7$) и средней тяжести ($61,9 \pm 10,8$; $p \geq 0,1$), а процент тяжелых случаев не велик.

В повторных случаях течение малярии более легкое, клиническая картина менее выражена, лабораторные данные минимальны. В данном случае, наиболее тяжелая клиническая картина отмечается при повторном заражении *plasmodium Falciparum* ($93,3 \pm 6,7$; $p \geq 0,005$), и также в микст-случаях.

Если у пациента малярия диагностируется впервые, то в 86,7 % случаев она характеризуется коротким инкубационным периодом ($86,7 \pm 9,1$; $p \geq 0,05$), осложнения встречаются почти у половины пациентов ($46,7 \pm 13,3$; $p \geq 0,05$), естественно, чаще отмечается анемия ($33,3 \pm 12,59$), тромбоцитопения ($66,7 \pm 12,6$), рвота ($26,7 \pm 11,8$; $p \geq 0,1$). В нашем исследовании установлено, что 75,5 % пациентов являлись гражданами РБ, которые длительное время находились в странах Африки на заработках. При длительном же нахождении в зонах эндемичных по малярии, люди отказывались от химио-

профилактики заболевания. Процент пациентов-туристов из тропических стран в группе наблюдения был не большой. Все пациенты в результате проведенного лечения выздоровели, большинство из них вернулось обратно в Африку.

Выводы

Диагностика завозных случаев малярии продолжает оставаться на недостаточно высоком уровне, поэтому необходимо поднимать уровень знаний по диагностике и лечению заболевания.

Ориентироваться на наличие так называемых типичных малярийных пароксизмов для ранней своевременной диагностики нельзя в связи с отсутствием патогномичной клинической картины, симптомов и признаков малярии. Поэтому, необходимо заподозрить малярию у всякого лихорадящего пациента с соответствующим эпидемиологическим анамнезом. Это и является основной тонкостью в диагностике заболевания. В отношении схем противомаларийного лечения, к сожалению, в Республике Беларусь есть только один истинно противомаларийный препарат. Противомаларийная терапия в РБ отличается полипрагмазией, что требует введения строгих протокольных подходов с ориентацией на эпидемиологические данные по резистентности и адекватное обеспечение противомаларийными препаратами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванова, М. А. Малярия / М. А. Иванова, И. А. Карпов. — М., 2003. — С. 42–50.
2. Карпов, С. Г. Малярия / С. Г. Карпов, В. Х. Фазылов, Э. И. Хайрутдинова. — М., 2008. — С. 132–147.

УДК 616-053.32

ФАКТОРЫ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ ИСТОРИЙ РОДОВ И РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННОГО

Шадёнок А. О., Бурко О. В.

Научный руководитель: к. м. н., доцент О. Н. Назаренко

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Бесспорно то, что преждевременные роды — это главная причина неонатальной смертности. Недоношенные дети подвергаются большому риску ранних и поздних осложнений, включая инвалидность и задержку физического и психического развития.

Целью данной работы явилось изучение факторов риска недоношенности и состояния недоношенных детей в раннем неонатальном периоде в 5 ГКБ, отделение новорожденных, за 2009 г.

Материалы и методы

С использованием метода выкопировки сведений из историй родов и развития 80 новорожденных детей, находившихся под наблюдением в 5-й городской клинической больнице г. Минска, был проведен анализ: состояния здоровья матерей доношенных и недоношенных детей; состояния здоровья недоношенных детей, с выделением наиболее часто встречаемых патологий; а также сравнение частоты и степени встречаемости поражений органов и систем в зависимости от степени недоношенности.

Результаты

Доношенные новорожденные в 100 % случаев находились в периоде адаптации и все были выписаны домой. При выписке домой ($n = 6$) или переводе в РНПЦ «Мать и Дитя» ($n = 32$) только 18 % недоношенных детей находились в удовлетворительном состоянии, в основном (37 %), отмечалось крайне тяжелое состояние и состояние средней тяжести (30 %). В настоящем исследовании в 5 % случаев ($n = 2$) недоношенность привела к летальному исходу уже в первые сутки после рождения.

Мы провели анализ состояния здоровья недоношенных детей и выделили наиболее часто встречаемые патологии. Преобладали поражения ЦНС ($97,5 \pm 2,5$), среди которых церебральная ишемия смешенного генеза ($80 \pm 6,3$; $p \geq 0,001$), асфиксия новорожденного ($45 \pm 7,9$; $p \geq 0,001$), синдром угнетения ЦНС ($45 \pm 7,9$; $p \geq 0,001$) и перенесенная внутриматочная гипоксия ($15 \pm 5,6$; $p \geq 0,01$). Также не редко были состояния, связанные с инфицированием плода ($65 \pm 7,5$). Более чем у половины детей отмечались болезни органов дыхания ($55 \pm 7,9$), среди которых — дыхательная недостаточность, преимущественно, 3 степени ($47,5 \pm 7,9$; $p \geq 0,001$), болезнь гиалиновых мембран ($30 \pm 7,2$; $p \geq 0,001$), респираторный дистресс синдром ($25 \pm 6,8$; $p \geq 0,001$) и врожденная пневмония ($17,5 \pm 6,0$; $p \geq 0,005$). Более того, у половины детей имелись сердечно-сосудистые нарушения ($55 \pm 7,9$).

В ходе проведенного исследования установлено, что характер распределения детей по группам недоношенности в 5 ГКБ составляет: 20 % случаев — это 3–4 степень недоношенности (24–31 неделя гестации, оценка по Апгар 3/1), 20 % — 2 степень (33–34 недели, Апгар 6/4) и 60 % — 1 степень (35–36 недель, Апгар 8/8).

При сравнении акушерского анамнеза матерей в зависимости от степени недоношенности их детей установлено, что 3–4 степени недоношенности предшествовали более частые предыдущие аборт ($37,5 \pm 18,3$), а в ходе настоящей беременности отмечались угрозы прерывания ($75 \pm 16,4$; $p/m = 4,6^*$) и анемии беременных ($37,5 \pm 18,3$). При 2 степени недоношенности во время беременности были, преимущественно, кольпиты ($62,5 \pm 18,3$; $p/m = 3,4$), ХФПН ($50 \pm 18,9$), вирус простого герпеса ($25 \pm 16,4$) и уреоплазмоз ($37,5 \pm 18,3$). При сроке гестации 35–36 недель единственно, чаще, регистрировались ОРЗ, что возможно в третьем триместре и связано с незначительной невынашиваемостью плода.

Сравнение характеристики течения родов в зависимости от срока гестации показало, что при 2–4 степени недоношенности в 50 % случаев прибегают к оперативному кесареву сечению, высокий процент случаев раннего излития околоплодных вод приводит к длительному безводному периоду ($25 \pm 16,4$). Осложнения в родах достоверно чаще ($62,5 \pm 18,3$; $p/m = 3,4$) встречаются у глубоко и экстремально недоношенных детей. И только в этой группе околоплодные воды характеризовались зеленым и черным цветом ($25 \pm 16,4$), все 8 новорожденных были в очень тяжелом состоянии и уже в первые сутки в 75 % случаев были переведены в РНПЦ «Мать и Дитя» для дальнейшего лечения, а в 25 % случаев умерли в роддоме.

Выводы

1. Факторами риска невынашивания беременности можно считать хронические воспалительные заболевания женской половой системы, предшествующие аборты, а также инфекционные заболевания.
2. Тяжесть состояния новорожденных определяется степенью недоношенности.
3. В зависимости от срока гестации наблюдаются особенные факторы риска, определяющие различную степень недоношенности.
4. Наиболее высокая частота состояний, которыми сопровождается недоношенность, это патологии ЦНС, болезни органов дыхания, а также внутриутробное инфицирование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Неонатология: учеб. пособие / А. К. Ткаченко [и др.]; под ред. А. К. Ткаченко, А. А. Устинович. — Мн.: Выш. шк., 2009. — 494 с.

УДК 618.3+618.4]:616-053.2

ВЛИЯНИЕ ОТКЛОНЕНИЙ В ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ НА РАННЕЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ

Шадёнок А. О.

Научный руководитель: к.м.н., доцент О. Н. Назаренко

Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь

Бесспорно то, что здоровье матери, течение беременности и родов влияют на здоровье ребенка и его последующее развитие. Постоянно изменяющиеся условия окружающей среды и состояние беременных могут привести к изменениям структуры наблюдаемых факторов риска. Периодически повторяющийся анализ частоты встречаемости этих факторов и сопоставление с тем, что происходит с ребенком, необходим и весьма актуален, поскольку определяет настороженность педиатра в отношении факторов риска. Целью исследования явилось изучение влияния различных факторов акушерского анамнеза на состояние здоровья детей грудного возраста в современных условиях.

Материалы и методы

С использованием метода выкопировки сведений из историй развития 43 детей в возрасте от 6 до 13 месяцев, находившихся под наблюдением в 10-й детской поликлинике г. Минска, был проведен анализ: 1) акушерского анамнеза с выделением наиболее распространенных в настоящее время групп риска; 2) перенесенных детьми группы наблюдения заболеваний на 1-м году жизни, во взаимосвязи с установленными группами риска.

Результаты

Установлено, что в момент выписки из роддома в 83,3 % случаев в группе наблюдения имели место различные отклонения в течение беременности, родов, а также в состоянии здоровья беременных женщин. В 78,4 % привело к минимальным отклонениям в состоянии здоровья младенцев в раннем неонатальном периоде.

В 62,8 % отмечены факторы, которые обуславливают риск патологии ЦНС: раннее излитие околоплодных вод (30,2 %), хроническая фетоплацентарная недостаточность (14 %), крупный плод (9,3 %), анемии и гестозы (7,0 %). В 53,5 % имели место отклонения в состоянии здоровья матерей, реализация которых могла привести к инфицированию младенцев. Среди них преобладали (54 %) различные урогенитальные инфекции и ОРИ беременных (20,9 %). Отмечена также высокая частота (37,2 %) сочетания указанных факторов.

Анализ перенесенных на первом году заболеваний показал, что у младенцев встречались заболевания ЛОР-органов и верхних дыхательных путей в 67,4 %, среди которых бронхит (20,9 %), ринит (16,3 %) и пневмония (2,3 %). Достоверно часто отмечались отклонения в состоянии CNS (44,2 %): синдром двигательных нарушений (37,2 %) и синдром общемозговых нарушений (16,3 %); и CCC (41,9 %): функциональный систолический шум (27,9 %) и функционирующее овальное отверстие (11,6 %).

Сравнение частоты встречаемости заболеваний в зависимости от установленных групп риска показало, что в группе риска внутриутробного инфицирования ($n = 7$) достоверно чаще, чем в группе без этого риска ($n = 15$), встречаются отклонения в состоянии ЦНС ($85,7 \pm 13,2$, $p = 98$ %). У детей из группы риска патологии ЦНС ($n = 12$), отклонения в состоянии CNS встречаются значительно реже ($25 \pm 12,5$), поскольку эти дети более тщательно наблюдаются невропатологом. В этой же группе установлена наиболее высокая частота ОРИ ($83,3 \pm 10,8$, $p = 84$ %).

При сочетании 2-х факторов риска (внутриутробного инфицирования и патологии ЦНС, $n = 16$), кроме высокой частоты ОРИ, зарегистрирована более высокая частота дисбактериозов ($31,2 \pm 11,6$, $p = 98$ %) и аллергий ($31,2 \pm 11,6$, $p = 98$ %), а также рахита, грыж, бронхита ($18,7 \pm 9,7$, $p = 92$ %).

Выводы

1. На сегодняшний день среди факторов риска развития патологии младенцев все большее значение приобретают урогенитальные инфекции, превалируя над риском патологии ЦНС.

2. В группе риска внутриутробного инфицирования наблюдается высокая частота развития патологий ЦНС. Поэтому, в программу наблюдения детей из этой группы необходимо включать более частые осмотры невропатолога.

3. Сочетание 2-х факторов риска приводит к увеличению частоты таких заболеваний, как ОРИ, а также атопического дерматита и дисбактериоза кишечника, рахита, грыж и бронхита.

ЛИТЕРАТУРА

2. Мачулина, Л. Н. Комплексная оценка состояния здоровья ребенка: учеб.-метод. пособие / Л. Н. Мачулина, Н. В. Галикевич. — Мн., 2004. — 117 с.

3. Елиневская, Г. Ф. Организация наблюдения за новорожденными детьми групп риска в родильном доме и детской поликлинике / Г. Ф. Елиневская, В. Л. Бутыгина, А. Н. Горячко. — Мн., 2008. — 39 с.

УДК 612+616-092.18]:796.071.2

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА СПОРТСМЕНОВ И НАЛИЧИЕМ ПАТОЛОГИИ

Шапиро О. С.

Научные руководители: преподаватель-стажер Н. В. Бородовская, П. А. Севастьянов

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Учреждение

«Гомельский областной диспансер спортивной медицины»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Развитию спорта в настоящее время уделяется большое внимание. Считается, что люди, занимающиеся спортом, обладают высоким уровнем здоровья. Однако, с развитием медицины выявлен ряд заболеваний, которые чаще всего развиваются именно у этих людей. Следовательно, возникает необходимость повышения уровня спортивной медицины в сфере развития скрининг — диагностики функционального состояния организма спортсменов.

Цель исследования

Изучение показателей функционального состояния спортсменов, полученных с помощью программно-аппаратного комплекса (АПК) «Омега-С» и выявление корреляции с наличием изменений в клинических и лабораторных тестах, характеризующих состояние здоровья спортсмена.

Материалы и методы

Обследование функционального состояния спортсменов проводилось с использованием программно-аппаратного комплекса (АПК) «Омега-С» на базе ГОДСМ у 45 спортсменов мужского пола в возрасте от 18 до 22 лет. Спортсмены занимались двумя близкими видами спорта: академическая гребля и гребля на байдарках. Все спортсмены проходили обследование в одно и то же время с 11 до 12 часов. Для оценки состояния организма и наличия заболеваний проводился анализ клинических и лабораторных исследований по данным медицинской документации архива ГОДСМ.

АПК «Омега-С» позволяет получить информацию со всех уровней регуляции организма, путем выделения динамических параметров из сигналов биоэлектрической активности. Следовательно, данные изменения активности ритмов сердца могут быть использованы для оценки параметров вегетативного гомеостаза — одного из важнейших показателей, характеризующих функциональное состояние организма.

Результаты и обсуждения

В результате обследования функционального состояния спортсменов по заключению АПК «Омега-С» сформированы две группы: 23 спортсмена с показателями «состояние спортивной формы хорошее» и 9 — «состояние спортивной спортивной формы

неудовлетворительное». Данные спортсменов с заключением «состояние спортивной формы удовлетворительное» для исследований не использовались.

При оценке показателей клинико-лабораторных анализов, выполненных в период обследования на АПК «Омега-С», не было выявлено отклонений от нормы. Однако, анализ наличия патологии позволил выявить следующие заболевания: хронический ринит, сколиоз грудного отдела позвоночника 1 степени, смещение носовой перегородки, хронический гайморит, хронический тонзиллит, сколиоз грудного отдела и значительные патологические изменения по данным электрокардиографии (неполная блокада правой ножки пучка Гисса, дефект межпредсердной перегородки, экстрасистолия), синдром ранней реполяризации желудочков (СРРЖ), увеличение массы миокарда, повышение влияния блуждающего нерва на миокард. Возможно, наличие заболеваний (хронических) явилось причиной низкого интегрального показателя состояния спортивной формы спортсменов. При заключении АПК «Омега-С» в группе спортсменов, у которых зарегистрировано «состояние спортивной формы хорошее» было выявлено 45,4 % спортсменов с патологиями по данным ЭКГ-обследования и 35,8 % спортсменов с наличием заболеваний, а в группе спортсменов, у которых зарегистрировано «состояние спортивной формы неудовлетворительное» 54,6 % спортсменов с выявленными патологиями по данным ЭКГ-обследования и 64,2 % спортсменов с наличием заболеваний.

Таким образом, с использованием АПК «Омега-С» в группе спортсменов, состояние спортивной формы которых «хорошее», выявлен меньший процент заболеваемости и изменений ЭКГ, чем в группе спортсменов, состояние спортивной формы которых «неудовлетворительное». Проведенные исследования показывают эффективность программно-аппаратного комплекса (АПК) «Омега-С».

ЛИТЕРАТУРА

1. Михайлов, В. М. Вариабельность ритмов сердца. Опыт практического применения метода / В. М. Михайлов. — Иваново: НейроСофт, 2000. — 200 с.
2. Научно-исследовательская лаборатория «Динамика». Система комплексного компьютерного исследования физического состояния спортсменов Омега-С. Документация пользователя [Электронный ресурс]. — СПб., 2003. — Режим доступа: <http://dyn.ru/about.php>.

УДК 616.89(476.2)

ИССЛЕДОВАНИЕ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ У СТУДЕНТОВ ГОМЕЛЬСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Шаповалова Е. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент О. В. Шилова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Значимость данной работы определяется выявлением проблем, связанных с чрезмерным использованием Интернета у студентов, акцентуации внимания на данной проблеме и разработке профилактических мероприятий, направленных на снижение времени пребывания в сети. Проблема Интернет-зависимости появилась с возрастанием популярности сети Интернет. По сравнению с зависимостями от алкоголя и наркотиков, Интернет-зависимость в меньшей степени, вредит здоровью человека, не разрушает его мозг и кажется достаточно безопасной, если бы не снижение трудоспособности, эффективности функционирования в реальном социуме. Феномен Интернет-зависимости привлекает сейчас внимание ученых, исследователей сети, средства массовой информации.

Материалы и методы

Данное исследование проводилось при добровольном участии студентов и анке-

тировались только те студенты, которые имеют дома компьютер и умеют пользоваться Интернетом, анкета включала 23 вопроса, касающиеся использования сети Интернет. Данные вопросы были подобраны, исходя из мировых критериев Интернет-зависимости, приводимых в исследованиях различных авторов.

Результаты исследования

Было опрошено 340 студентов ГГМУ II, IV, V и VI курсов в возрасте от 19 до 29 лет. Количество опрошенных студентов наибольшее на II курсе и составляет 111 человек. На IV курсе опрошено 99 человек. Студентов V курса — 72 человека. И наименьшее количество опрошенных студентов на VI курсе — 58 человек. Соотношение анкетированных парней и девушек составляет 72 и 268 человек соответственно, что связано с абсолютным преобладанием в медицинском университете женского коллектива.

Обработав ответы на вопрос о количестве времени, проводимого студентами в сети Интернет (on-line), были получены результаты, показывающие, что большинство опрошенных студентов пользуются сетью Интернет до 1 часа в день. На II курсе такие студенты составляют 64 человека (57,7 % всех опрошенных второкурсников), на IV курсе — 67 (67,7 %) человек, на V курсе — 54 (75 %) человека и на VI курсе — 34 человека (58,6 % всех анкетированных шестикурсников). От 1 до 3 часов в день Интернетом пользуются 37 человек на II курсе (33,3 %), 28 человек на IV курсе (28,3 %), на V курсе — 12 (16,7 %) студентов и 18 — на VI курсе (31 %). Количество студентов, использующих Интернет более 3 часов в день, составляет 26 человек, или 7,6 % всех опрошенных студентов. Распределение их в зависимости от курса следующее: на II курсе 10 (9 %) человек, на IV — 4 (4 %) человека, на V курсе — 6 (8,3 %) человек, и на VI курсе — 6 (10,4 %) человек.

Из них 17 человек отмечает наличие у себя следующих симптомов:

- сухость в глазах (5 человек);
- боли в спине (13 человек);
- головные боли по типу мигрени (8 человек);
- пропуск приемов пищи (5 человек);
- расстройство сна, изменение режима сна (3 человека) из-за on-line сеансов.

Основываясь на критериях ИЗ, приведенных Ivan Golberg и Kimberli Young, можно заподозрить злоупотребление и(или) «зависимость» от сети Интернет при положительных трех и более ответов на вопросы 8–20. Дополнительным критерием, отражающим наличие злоупотребления on-line сеансами, является вопрос № 7 об имевшемся ранее риске получить проблемы с учебой из-за Интернета. Изучив ответы студентов на эти вопросы, мы выявили, что количество «интернет-зависимых» студентов на II курсе составляет 30 человек (27 % всех опрошенных второкурсников), 16 человек из которых уже имели риск получить проблемы с учебой, на IV курсе — 20 (20 %) человек, проблемы с учебой из них имело 7 человек, на V курсе «интернет-зависимые» составляют 10 (13,9 %) человек, из них 3 человека положительно ответили на вопрос № 7, а на VI курсе — 7 (12,1 %) студентов, 2 человека из которых рисковало получить проблемы в учебе из-за Интернета. Из этих данных видно, что студенты, подходящие под описание понятия «Интернет-зависимые» составляют 67 человек, или 19,7 % всех опрошенных. Из них 28 студентов в анамнезе уже имели риск получить проблемы с учебой.

На рисунке 1 представлены данные о количестве «интернет-зависимых» студентов на разных курсах.

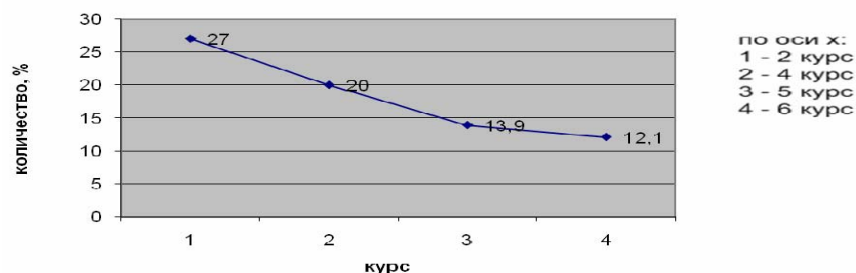


Рисунок 1 — Количество «интернет-зависимых» студентов на разных курсах

Из рисунка 1 видно, что количество студентов с наличием симптомов ИЗ прогрессирующе уменьшается к VI курсу. На II курсе они составляют 27 % от общего числа опрошенных второкурсников, на IV курсе — 20 %, на V курсе их число 13,9 %, а на VI курсе — 12,1 %.

Выводы

На основании проведенного исследования и полученных данных можно сделать выводы о наличии «синдрома зависимости» и злоупотребления Интернетом у студентов Гомельского государственного медицинского университета. Важно отметить, что процент «интернет-зависимых» студентов уменьшается к VI курсу, что связано, вероятно, с повышением уровня образованности студентов. Высокий же процент «интернет-зависимых» студентов на II курсе связан, возможно, с более высокой распространенностью и доступностью домашних компьютеров у населения, более ранним приобщением и злоупотреблением использованием Сети. Следовательно, также можно предположить увеличение количества симптомов «интернет-зависимости» и более раннего их проявления у младших поколений, подростков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лоскутова, В. А. Интернет-зависимость как форма нехимических адиктивных расстройств: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. А. Лоскутова. — Новосибирск, 2004.
2. Young, K. Internet addiction: the emergence of a clinical disorder / K. Young. — CyberPsychology and Behavior. — 1996. — Vol. 3. — P. 237–244.
3. Goldberg, I. // MD Web Publishing 1996–1999.
4. Maressa Hecht Orzack, Ph.D. Web Publishing 1996–2000.
5. Алексеенко, Н. Н. Психоаналитические аспекты поведения человека в киберпространстве / Н. Н. Алексеенко // Журнал практической психологии и психоанализа. — 2000. — № 3.

УДК 611.81.-053.36

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОКОВЫХ ЖЕЛУДОЧКОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА В РАЗЛИЧНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ (ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ)

Шершнева А. Г., Силин Р. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. Н. Жданович

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В современной медицине компьютерно-томографические исследования головного мозга широко вошли в клиническую практику и, в основном, используются для диагностики различных заболеваний. В то же время, изучение индивидуальной анатомической изменчивости его морфометрических параметров в возрастном или половом аспектах проводится явно не достаточно. Компьютерные томограммы головного мозга позволяют выявить не только рельеф или форму его полушарий, но и размеры их полостей —

боковых желудочков. Известна ассиметричность левого и правого полушария [3], изменяющаяся в течение антенатального и постнатального периодов развития, когда у большинства эмбрионов выявлен увеличенный объем левого полушария, а у детей в возрасте до 1 года и старше правого [1].

Сведения, касающихся индивидуальных и половых различий величины боковых желудочков, в доступной литературе нами не встречались. Поэтому, *целью* настоящего исследования стало выявление диапазона возможных вариантных колебаний продольных и поперечных размеров боковых желудочков головного мозга у людей от 7 до 80 лет.

Материал и методы исследования

Использованы 22 компьютерные томограммы 9-ти мужчин и 13-ти женщин в возрасте от 7 до 80 лет. Томограммы получены из отделения компьютерной томографии Гомельской областной клинической больницы от пациентов, прошедших обследование по объективным показаниям без визуальных признаков органических поражений головного мозга и черепа.

Измерения проводили согласно требованиям руководств по энцефалометрии, сделанных на томограммах в стандартных анатомических плоскостях (сагиттальной, фронтальной и аксиальной). Результаты исследования были статистически обработаны при помощи программы Microsoft Excel с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение

Изучение индивидуальной анатомической изменчивости размеров передних, задних и нижних рогов боковых желудочков показало, что, в большинстве случаев, присутствует морфологическая закономерность межполушарной ассиметрии — преобладание полостей правого полушария [3]. Так, для переднего рога среднее различие его длины между правым и левым полушариями составило 0,59 мм, заднего — 0,34 мм, нижнего — 0,42 мм. анализе диаграмм линейных параметров рогов боковых желудочков обоих полушарий, в зависимости от возраста, установлено, что наиболее стабильны показатели у заднего рога, а более широкий диапазон колебаний длины передних и нижних рогов наблюдается от 20 до 30 лет.

Исследуя половые различия продольных размеров боковых желудочков выявлено, что, в среднем, длина переднего рога правого полушария на 0,36 мм больше у мужчин, чем у женщин, нижнего рога — на 1,97 мм. Средние показатели задних рогов правых полушарий у обоих полов статистически достоверных различий не имели. В то же время морфометрические показатели боковых желудочков левого полушария значимо отличаются только в задних рогах, где их длина в среднем на 1,46 мм у мужчин больше, чем у женщин. Таким образом, изучение линейных размеров различных отделов (рогов) боковых желудочков выявило половой диморфизм, достоверно значимый для переднего (лобного) рога и нижнего (височного) рога правого полушария, а так же заднего (затылочного) рога левого полушария.

Заключение

В настоящем исследовании представленная прижизненная морфометрическая характеристика боковых желудочков головного мозга показывает значительный диапазон индивидуальных колебаний продольных размеров их рогов, существующие межполушарные различия. Особо следует отметить встречающуюся желудочковую ассиметрию в отдельные возрастные периоды, а также выраженные половые различия.

Очевидно, что, как и полушария, так и их полости (рога боковых желудочков) предполагают наличие определенного диапазона индивидуальных колебаний морфометрических показателей в различные возрастные периоды, которые, по-видимому, могут как расширяться, так и оставаться без изменений, а возможно даже сужаться. Результаты исследования могут представлять определенный интерес не только для специалистов в области возрастной нейроанатомии, но и для нейрохирургов в компьютерно-томографической диагностике для объективизации стереотаксических расчетов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байбаков, С. Р. Морфометрические характеристики головного мозга у детей в возрасте одного года (по данным магнитно-резонансной томографии) / С. Р. Байбаков, В. П. Федоров // Морфология. — 2008. — Т. 134, Вып. 6. — С. 10–13.
2. Косоуров, Л. К. Возможности магнитно-резонансной томографии в морфологических исследованиях / Л. К. Косоуров, Г. Д. Рохлин, И. Н. Благова // Морфология. — 1999. — Т. 115, Вып. 2. — С. 59–65.
3. Маргорин, Е. М. Индивидуальная анатомическая изменчивость человека / Е. М. маргорин. — М.: Медицина, 1975.

УДК 575.224.24:58

ТРАНСГЕННЫЕ РАСТЕНИЯ ДЛЯ ФАРМАКОЛОГИИ

Шпадарук Я. Н.

Научные руководители: к.б.н. Н. Е. Фомченко, И. В. Фадеева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время практическая генноинженерная биотехнология развивается по двум основным направлениям. Первое направление, получившее название «молекулярная селекция» (molecular breeding), специализируется на решении новыми методами традиционных селекционно-генетических проблем повышения продуктивности сельскохозяйственных растений и их защиты от различных биотических и абиотических стрессовых факторов. Второе направление, названное «молекулярным производством» (molecular farming), специализируется на получении и использовании трансгенных растений в качестве биореакторов, продуцирующих ценные для промышленности и медицины органические соединения.

Основная часть

В настоящее время не вызывает сомнений, что многие продукты, потребляемые с фруктами, овощами и злаками, могут проявлять фармакологические эффекты и блокировать развитие сердечно-сосудистых, раковых и других заболеваний. К таким природным соединениям растений относятся сульфорафан из брокколи, резвератрол из винограда, генистеин из сои, эпигаллокатехин-3-галлат из зеленого чая.

Ранее было практически невозможно с помощью селекции создать растения с повышенным содержанием витаминов. Однако, с развитием биохимии растений стало более ясным, какие метаболические пути являются критическими для биосинтеза витаминов. Например, для синтеза β -каротина (провитамина А) в растениях необходима фитоеен-синтетаза. Ген фитоеен-синтетазы из нарцисса введен в рис и экспрессирован в эндосперме риса. Получены трансгенные растения рапса (канолы), экспрессирующие ген фитоеен-синтетазы, в семенах которых значительно повысилось содержание каротиноидов. Показана экспрессия этого же фермента в клубнях картофеля, что приводило к повышенному синтезу каротиноидов и лютеина.

Растения являются удобной, безопасной и экономически выгодной альтернативой для продукции различных белков, вакцин и антител по сравнению с системами экспрессии на основе микроорганизмов, культур животных клеток или трансгенных животных (белки человеческой сыворотки, регуляторы роста, антитела, вакцины, промышленные ферменты, биополимеры и реагенты для молекулярной биологии). Растительные системы имеют перспективы успешного использования для производства рекомбинантных белков в промышленном масштабе. Первым фармацевтически значимым белком, экспрессированным в растениях табака и подсолнечника в 1986 г., явился человеческий гормон роста.

Среди разнообразия рекомбинантных белков, продуцируемых растениями, есть

белки, используемые в молекулярно-биологических исследованиях (авидин), молочные белки, используемые в качестве пищевых добавок (казеин) и белки-полимеры для медицинских и промышленных целей (коллаген и эластин).

Впервые структурная идентичность и иммуногенность антигена, синтезированного в растениях, была подтверждена в 1992 г., когда были получены трансгенные растения табака, экспрессирующие поверхностный антиген вируса гепатита В (HBsAg). В дальнейшем, теми же исследователями был показан иммунный ответ у мышей, вакцинированных антигеном, выделенным из листьев табака. Кроме того, получены растения картофеля и суспензионные культуры табака и сои, где антиген экспрессировался на уровне до 1700 мкг/г сухого веса.

В настоящее время интенсивно разрабатывается концепция «съедобных вакцин» на основе трансгенных растений, чьи плоды, листья и семена годятся в пищу. В случае успеха отпадет потребность в дорогостоящей очистке антигенов, которая необходима при создании вакцин для парентерального введения. Различные субъединичные вакцины экспрессированы в растениях, и для многих из них показана иммуногенность при оральном введении людям и животным. Антигены, экспрессируемые в растениях, защищены растительными клеточными стенками от протеолиза при прохождении пищеварительного тракта и могут быть легко доставлены к клеткам слизистой оболочки кишечника, ответственным за мукозную систему иммунитета.

Заключение

Таким образом, можно с уверенностью заключить, что трансгенные растения имеют все перспективы стать безопасными и экономически выгодными системами для получения разнообразных биологически активных веществ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Создание трансгенных растений табака, экспрессирующих ген поверхностного антигена вируса гепатита В / О. Э. Золова [и др.] // Биотехнология. — 1999. — № 6. — С. 42–45.
2. Поройко В.А., Рукавцова Е.Б., Орлова И.В., Бурьянов Я.И. Фенотипические изменения трансгенных растений табака с антисмысловой формой гена hmg1 / В. А. Поройко [и др.] // Генетика. — 2000. — Т. 36. — С. 1200–1205.

УДК 612.766.1:616.12-008-053-2/6

ВЛИЯНИЕ ДОЗИРОВАННОЙ НАГРУЗКИ НА ФИЗИЧЕСКУЮ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С НЕОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Щучко А. А., Попкова М. В.

Научный руководитель: к.м.н. Е. Е. Линкевич

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Сердечнососудистые заболевания (ССЗ) занимают ведущее место в патологии человека, являются основной причиной ранней инвалидизации и преждевременной смерти. За последние десятилетия в структуре ССЗ увеличился удельный вес артериальной гипертензии (АГ) среди детей и, особенно, подростков. Распространенность АГ у детей, по данным разных авторов, составляет от 1 до 14 %, среди школьников — до 12–18 % [1]. У детей первого года жизни, дошкольного и раннего школьного возраста АГ развивается крайне редко и в большинстве случаев имеет симптоматический характер. Наиболее предрасположены к развитию АГ дети препубертатного и пубертатного возраста. Исследование сердечнососудистой системы (ССС) в покое не позволяет составить полное представление об ее функциональном состоянии, что объясняет широкое применение

ние в кардиологии нагрузочных тестов. Гарвардский степ-тест (ГСТ) является наиболее популярным и позволяет получить важную информацию об адаптационных возможностях и физической работоспособности (ФРС) как количественного показателя функционального состояния ССС, что является значимым критерием для диагностики и лечения пациентов с патологией системы кровообращения [2].

Цель работы

Изучить физическую работоспособность и адаптационные возможности ССС у детей с неорганической патологией системы кровообращения.

Материалы и методы

Обследовано 100 детей (42 девочки и 58 мальчиков) в возрасте от 9 до 17 лет (средний возраст $13,1 \pm 2,2$ лет), находившихся на обследовании и лечении в кардиологическом отделении ГОДКБ по поводу повышенного артериального давления (АД). Для оценки адаптационных возможностей ССС и ФРС всем детям в качестве нагрузочной пробы проводился ГСТ. Перед тестированием у пациентов оценивалось самочувствие, проводился инструктаж и контрольные измерения АД на обеих руках для оценки наличия и степени асимметрии его величин. При отсутствии значимой разницы в усредненных величинах АД (до 5 мм рт. ст.) манжету накладывали на левую руку у «правшей», правую у «левшей». При асимметрии более 5 мм рт. ст. манжета устанавливалась на руке с большими величинами АД. Результаты тестирования заносились

Таблица 1 — Пример ГСТ (кабинет проведения ГСТ в модификации авторов)

Ф.И.О: Иванов И.И.					Возраст 13 лет (01.03.1996 г.р.)			
Масса тела 77 кг, рост 173 см, ИМТ = 26,7					№ палаты*** История болезни №***			
	В покое	2-я мин	3-я мин	4-я мин	5-я мин	6-я мин	7-я мин	8-я мин
Пульс	39	53	62	51	46	40	—	—
АД	120/80	150/0	150/30	130/40	130/50	120/80	—	—

Примечание: После окончания теста появилась выраженная потливость, гиперемия лица
Заключение: ИГСТ = 50,1 (плохая ФРС). Восстановление ЧСС и АД к исходным величинам покоя на 6 минуте. Выявлен «феномен бесконечного тона» — дистонический тип кардиоваскулярной реакции.

Индекс ГСТ рассчитывали по формуле: $ИГСТ = (t \times 100) / [(f_1 + f_2 + f_3) \times 2]$, где t — время восхождения [сек]; f_1, f_2, f_3 — количество ударов пульса за 30 сек на 2-й, 3-й и 4-й мин. Для пациентов, прекративших восхождение раньше должного времени, расчет ИГСТ проводился по формуле: $ИГСТ = (t \times 100) / (f_1 \times 5,5)$ [3, 4].

Для статистической обработки данных применяли критерий λ Колмогорова-Смирнова; коэффициент корреляции Kendall Tau; высчитывалось отношение шансов (OR) с 95 % доверительным интервалом (CI).

Результаты и обсуждение

По результатам ГСТ «отличная» ФРС (ИГСТ = 90 и более) зарегистрирована у 2 (2 %) детей, «хорошая» (ИГСТ = 80–89) — у 8 %, «средняя» (ИГСТ = 65–79) — у 18 %, «ниже средней» (ИГСТ = 55–64) — у 23 %, «плохая» (ИГСТ = 55 и менее) — у 49 % (таблица 2).

Таблица 2 — Оценка общей ФРС у детей с неорганической патологией ССС

Обследуемые	Оценка общей ФРС					Всего
	отличная	хорошая	средняя	ниже среднего	плохая	
Мальчики	2	6	15	17	18	58
Девочки	0	2	3	6	31	42
Итого	2	8	18	23	49	100

Выявлена корреляционная взаимосвязь между ИГСТ и полом ($r = -0,35, z = -6,2, p < 0,001$), индексом массы тела (ИМТ) детей ($r = -0,34, z = -2,97, p = 0,003$). При этом установле-

но, что «плохой» уровень работоспособности (ИГСТ < 55) статистически значимо чаще определялся у детей с ожирением ($\chi^2 = 10,79$, $p = 0,001$; OR = 10,8, 95 % CI от 2,32 до 60,36).

Не было выявлено взаимосвязи между величиной показателя ИГСТ и возрастом ($r = 0,02$, $z = 0,49$, $p = 0,617$), уровнями исходного САД ($r = -0,44$, $z = -0,91$, $p = 0,393$) и ДАД ($r = -0,09$, $z = -1,79$, $p = 0,101$). Установлено, что среди девочек встречаемость «плохого» уровня работоспособности в 3 раза чаще ($\chi^2 = 16,17$, $p < 0,001$; OR = 6,26, 95 % CI от 2,59 до 15,17).

При анализе адаптационных способностей ССС к физической нагрузке нормотонический тип кардиоваскулярной реакции был выявлен у 70 (70 %) детей, гипертонический — у 7 (7 %), гипотонический — у 16 (16 %), дистонический — у 7 (7 %). Среди 100 обследованных детей досрочно завершили тест 24 (24%) с жалобами на головокружение, головную боль, потемнение в глазах, слабость, сердцебиение, одышку и другие. У досрочно завершивших тест объективно выявляли гиперемию лица, бледность, испарину на лбу.

Адекватное восстановление ЧСС (к 3–4 минуте) зарегистрировано у 28 (28 %) детей, у 62 (62 %) детей ЧСС восстановилась через 5–7 минут, а у 10 (10 %) — более 7 минут.

Выводы

1. ГСТ является альтернативой другим пробам с физической нагрузкой, что при отсутствии ВЭМ и тредмилл-теста может помочь врачу в определении функционального состояния ССС и тактики ведения пациента.

2. По результатам ГСТ у большинства детей зарегистрировано снижение ФРС и замедление восстановительных процессов, что свидетельствует о начальных признаках снижения толерантности к физическим нагрузкам.

3. Установлено, что «плохой» уровень работоспособности статистически значимо чаще (в 2,5 раз) определяется у детей и подростков с ожирением. При этом у девочек «плохой» уровень работоспособности регистрировался в 3 раза чаще, чем у мальчиков.

4. Пациенты, у которых выявлены патологические реакции, требуют индивидуализации физических нагрузок и нуждаются в динамическом наблюдении кардиологом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляева, Л. М. Артериальная гипертензия у детей и подростков / Л. М. Беляева, С. М. Король. — Мн., 2005. — 130 с.
2. Михайлов, В. М. Нагрузочное тестирование под контролем ЭКГ: ВЭМ, тредмилл-тест, степ-тест, ходьба / В. М. Михайлов. — Иваново: ООО ИИТ «А-Гриф», 2005. — 440 с.
3. Галуа, Н. А. Основы врачебно-педагогических наблюдений: лекция / Н. А. Галуа. — Мн., 2004. — 122 с.
4. Спортивная медицина / В. М. Карпман [и др.], под ред. В. Л. Карпмана. — М.: ФиС, 1987. — С. 88–131.

УДК. 616-132-008.64-005.2-08

ВЛИЯНИЕ АЛЛОПУРИНОЛА И ГЕПА-МЕРЦ НА УРОВЕНЬ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ И ПО ПРИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Юсупов Ш. Ш.

Научный руководитель: к.м.н. Э. Н. Ташкенбаева

Учреждение образования

«Самаркандский государственный медицинский институт»

г. Самарканд, Узбекистан

В последние годы в клинических исследованиях установлено прямое влияние гиперикуемия (ГУ) на сосудистый эндотелий с индукцией его генерализованной дисфункции, что объясняет механизм участия мочевой кислоты (МК) в кардиоренальных взаимодействиях и прогрессировании сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), это обосновывает включать в комплекс лечебных мероприятий препаратов регулирующих уровень МК в организме больных с ССЗ. Вместе с тем, как показывают данные литера-

туры этому вопросу отводится недостаточное внимание.

В связи с этим **целью исследования** было оценка уровня МК в функциональной взаимосвязи с NO в крови, при терапии больных ИБС с назначением аллопуринола и Гепамерц.

Материалы и методы
В исследование включены 73 больных (41 мужчин и 32 женщины) возрасте от 38 до 65 лет (средний возраст $55,6 \pm 4,8$ года) с диагнозом ИБС со стабильной стенокардией (СС) II–III функционального класса. Диагноз СС устанавливали на основании общепринятых критериев: наличие приступов в грудной клетке в покое и при физической нагрузке, данных ЭКГ, доплер-ЭХОКГ.

В зависимости от метода проводимого лечения больные были распределены на три группы: I группу составили 23 пациента, которые получали стандартную терапию: аспирин Кардио — 100 мг/сут, блокатор рецепторов ангиотензина 2 (ирбесартан 150–300 мг/сут), ингибиторы АПФ (эналаприл 20–40 мг/сут), нитраты; II и III группу, составили по 25 пациентов, которым назначали в курс стандартного лечения, соответственно — аллопуринол по 0,1 г/сут и(или) препарат Гепамерц (L-орнитин-L-аспартат, фирмы Мерц, Германия) по 2–3 мл (10–15 г) в сутки на физиологическом растворе в/в в течение 7–10 дней с последующей рекомендацией переход на гранулят — по 1 пакетик 3 раза в день, 1–2 месяца. Оценка эффективности лечения проводили после 10 суток лечения. Биохимические исследования проводили до и после лечения. Изучали содержание в сыворотке крови и суточной моче МК — уриказопероксидантным методом, глюкозы натощак — глюкозооксидантным методом, креатинин и скорость клубочковой фильтрации (СКФ).

Результаты и обсуждение
До проводимого лечения у больных СС по сравнению с контролем отмечено выраженное увеличение в крови МК — на 31,5 % ($P < 0,001$) и креатинина — на 41,7 % ($P < 0,001$), на фоне сохранения СКФ и экскреции с мочой МК. Одновременно выявлено высокий уровень в крови глюкозы, который превышал данные в контроле на 44,2 % ($P < 0,001$). Высокий уровень в крови больных ИБС МК, креатинина и глюкозы свидетельствует о развитии МС и важности его в прогрессировании основного заболевания. Чтобы обосновать важность ГУ в механизмах развития эндотелиальной дисфункции у больных СС, нами проведен корреляционный анализ между уровнем МК крови и показателями, характеризующие состояние NO-системы в мембранах эритроцитов. При этом до проводимого лечения повышенный уровень МК коррелировал со снижением NO_x ($r = -0,73$, $P < 0,001$) и eNOS ($r = -0,84$, $P < 0,001$), высокой активностью HP ($r = +0,96$, $P < 0,001$) и содержанием $ONOO^-$ ($r = +0,98$, $P < 0,001$). Важное место в развитии ССО занимают индуцированная форма NO – iNOS, а также $ONOO^-$, которые в наших исследованиях повышены. Введение аллопуринола и Гепамерц в схему стандартной терапии больным СС характеризовалось повышением, по сравнению с группой традиционного лечения (Iгр) экскреции с мочой МК, что, несомненно, было связано с увеличением СКФ. Восстановление нарушенного баланса в организме МК и креатинина сопровождалось существенным возрастанием в мембранах эритроцитов уровня NO_x , активностью eNOS, снижением экспрессии активности HP и уровня $ONOO^-$, восстановилось до контрольных значений содержание в крови глюкозы.

Выводы

Результаты проведенных исследований показали, что аллопуринол и в большей степени Гепамерц достоверно снижает уровень в крови МК, который является одной из основных причин выраженного нарушения эндотелиальной дисфункции, развития СС. Кроме того, аллопуринол и Гепамерц увеличивают СКФ и выведения из организма МК, способствует уменьшению в крови глюкозы, что имеет принципиальное значение при лечении больных с МС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ольбинская, Л. И. Роль системы цитокинов в патогенезе хронической сердечной недостаточности / Л. И. Ольбинская, С. Б. Игнатенко // Терапевтический архив — 2001. — № 12. — С. 82–84.
2. Покровский, В. И. Оксид азота, его физиологические и патофизиологические свойства / В. И. Покровский, Н. А. Виноградов // Терапевтический архив. — 2005. — № 1. — С. 82–87.
3. Allopurinol improves endothelial dysfunction in chronic heart failure / C. A. J. Farquharson [et al.] // Circulation. — 2002. — Vol. 106. — P. 221–226.

УДК. 616-001.17-616-072.1-08

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОБРОНХИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ТЕРМОИНГАЛЯЦИОННОЙ ТРАВМОЙ

Юсупов Ш. Ш.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Х. К. Карабаев

Учреждение образования

«Самаркандский государственный медицинский институт»

г. Самарканд, Узбекистан

Целью исследования является оценка эффективности эндобронхиального лечения в комплексной интенсивной терапии при термоингаляционных травмах.

Материал и методы исследования

Были использованы данные о 188 пострадавших с термоингаляционной травмой (ТИТ), проходивших лечение в ожоговом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП. Причиной поражения дыхательных путей у больных явились вдыхание дыма и продуктов горения. При этом следует отметить, что все 188 человек имели ожоги кожи и поражения дыхательных путей. Все пострадавшие были разделены на две группы в зависимости от метода лечения. 82 пострадавших составили I группу леченных 1999–2001 гг., а 106 больных вошли во II группу леченных за 2002–2008 гг., они были сопоставимы по площади глубокого ожога, возраста и пола.

Результаты исследований и их обсуждение

Если 1999–2001 гг. накапливался и обобщался клинический материал, изучался гомеостаз, разрабатывались методы диагностики и лечения, проводилось внедрение их в практику, этим больным тогда эндобронхиальное лечение не проводилось, то в последующие годы (2002–2008 гг.) мы имели возможности существенно усовершенствовать разработанные методы интенсивной терапии с эндобронхиальным лечением. Значительно был расширен арсенал лекарственных средств для общего и местного лечения пострадавших, в полный комплекс лечебных мероприятий шире стали применяться инфузии гипертонического (7–10 %) раствора хлорида натрия в объеме 80–120 мл под контролем уровня натрия в крови (не допуская натриемии более 160 ммоль/л). Для профилактики стрессовых язв использовали H₂-блокатор гистаминовых рецепторов (пирензипин, квамател и др.). У 29 больных с ТИТ в первые 8–10 часов имелся угроза развития отека легких, требующей ИВЛ. Этим больным в комплекс интенсивной инфузионно-трансфузионной терапии включали и глюкокортикоиды для предупреждения отека слизистой дыхательных путей больным II группы проводили ингаляции: 2 % раствор натрия гидрокарбоната, эуфиллин 2,4 % — 10 мл, адреналин 0,1 % — 1,0 мл, 0,5 % раствор прополиса. При проведении инфузионной терапии им в первые 8–12 ч после травмы придерживаемся бесколлоидной схемы, так как коллоиды способствуют аккумуляции воды в легких (C. W. Goodwin et al., 1983).

На основании анализа результатов проведенных клинических исследований изучена диагностическая и лечебно-профилактическая эффективность фибробронхоскопии (ФБС) у 32 тяжелообожженных в сочетании с ТИТ. Всего проведена 107 ФБС, из них первые 3 суток 73 % всех ФБС. Для эндобронхиального лечения целью промывания бронхов использовали: изотонический раствор натрия хлорида, раствор Рингера-Локка,

0,25 % раствор новокаина, 0,5 % раствор диоксида, 0,5 % раствор метрогила и 0,5 % раствор прополиса.

В этой связи представилось целесообразным оценить эффективность лечения в 2-х группах больных с ТИТ. Сравнительные данные анализа показали следующее.

Течение ТИТ осложнялось развитием некротического трахео-бронхита у 21 (25,6 %) больных I группы и у 12 (11,3 %) больных II группы, пневмония имело место соответственно у 15 (18,2 %) и у 10 (9,4 %), острая дыхательная недостаточность — у 32 (39,0 %) и у 22 (20,7 %), летальный исход — у 20 (24,3 %) и у 9 (8,4 %) больных. Характерно, что большинство больных (17 из 20) I группы погибали от острой дыхательной недостаточности в первые сутки после травмы, в то время как из II группы, в первые сутки травмы умерли всего лишь 2 (из 9) больных.

Заключение

Лечебная ФБС в комплексе общего лечения тяжелообожженных с респираторной поддержкой, адекватной инфузионно-трансфузионной, медикаментозной и антибактериальной терапией, способствуют уменьшению осложнений и летальности более чем в 2 раза.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Арьев, Т. Я.* Ожоги дыхательных путей. Термические поражения / Т. Я. Арьев. — Л.: Медицина, 1966. — С. 140–146.
2. Бронхоальвеолярный лаваж в диагностике и лечении диссеминированных процессов в легких / А. А. Бажанов [и др.] // Пульмонология. — 1992. — № 4. — С. 563.
3. *Старков, Ю. Г.* Роль бронхоскопии в диагностике и лечении термобронхопневмонической травмы / Ю. Г. Старков, Е. Н. Солодина, И. Ю. Ларионов // Сб. науч. тр. I съезда комбустиологов России «Мир без ожогов», Москва, 17–21 окт., 2005. — М., 2005. — С. 206–207.

УДК 616.89-008.19:577.175.642-092.9

ВЛИЯНИЕ БЕМИТИЛА НА СОДЕРЖАНИЕ РЕЦЕПТОРОВ К ЭСТРАДИОЛУ В КАРДИОМИОЦИТАХ КРЫС В УСЛОВИЯХ ОСТРОГО СТРЕССА

Якута П. А., Лапицкий Р. Р., Киселев К. А.

Научный руководитель: ассистент С. Н. Мельник

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Бемитил — один из препаратов новой группы фармакологических средств антигипоксантов, эффективность действия которых базируется на защите тканей от кислородного голодания [1]. Такие состояния организма человека встречаются как в физиологических условиях, так и при заболеваниях, в том числе и стрессах.

Цель

Изучить влияние бемитила на специфическое связывание эстрадиола в кардиомиоцитах у крыс в постстрессорный период.

Материалы и методы исследования

Экспериментальная работа проводилась на базе ГНУ «Институт радиобиологии» НАН Беларуси и на базе Центральной научно-исследовательской лаборатории УО «Гомельский государственный медицинский университет».

Эксперименты выполнены на 78 беспородных лабораторных крысах-самках 6–7 месяцев массой 180–200 г. Крыс подвергали воздействию стресса путем жесткой фиксации в положении на спине в течение 6 часов. Контролем служили животные соответствующего возраста. Бемитил вводили в внутрибрюшинно в оптимальной эффективной дозе 25 мг/кг. Дозу делили на две равные части и вводили первую часть за 20 минут до стресса, а вторую часть сразу после стресса. Таким образом, в эксперименте использовали 4 группы животных: 1) контрольные (интактные) крысы; 2) контроль+бемитил; 3) животные, подвергшиеся стрессу; 3) стресс+бемитил. Исследование проводили на 3-, 10- и

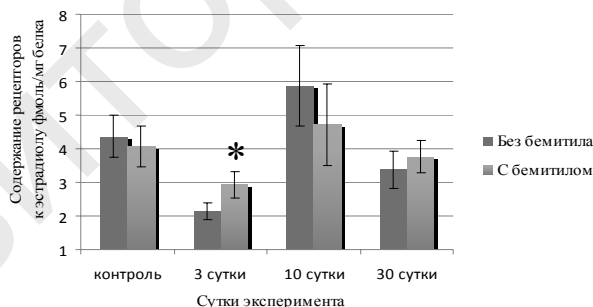
30-е сутки постстрессорного периода.

После декапитации животных забирали участок миокарда массой 2 г со стороны верхушки сердца, измельчали ножницами и гомогенизировали. Изучение физико-химических параметров гормон-рецепторного взаимодействия проводились с использованием метода насыщающего анализа. В качестве лиганда использовали [2, 4, 6, 7] — ^3H -эстрадиол. Специфическое связывание (B_c) определяли как разность между общим (B_o) — счет в пробирках с меченым гормоном и неспецифическим связыванием (B_n) — счет в пробирках с избытком немеченого стероида ($B_c = B_o - B_n$). Концентрация белка в сыворотке крови и цитозоле определялись по методу Лоури. Статистическую обработку полученного материала осуществляли с использованием пакетов компьютерных программ «Microsoft Excel`2000» и «Statistica`6.0».

Результаты и их обсуждение

Установлено, что содержание специфических рецепторов к эстрадиолу в миокарде контрольных крыс равнялось $4,37 \pm 0,63$ фмоль/мг белка (рисунок 1). На фоне применения бемитила intactным животным специфическое связывание эстрадиола практически не изменилось и составило $4,08 \pm 0,6$ фмоль на 1 мг белка.

Число цитозольных эстрогеновых рецепторов, подвергшихся стрессу крыс на 3-и сутки, достоверно снижалось до $2,14 \pm 0,26$ фмоль/мг белка ($p < 0,03$). У стрессированных животных, которым вводили бемитил, к 3-м суткам после стресса также наблюдалось снижение цитоплазматической фракции миокардиальных рецепторов к эстрадиолу. Однако, данное снижение было не столь выражено и не являлось статистически значимым. На 10-е сутки постстрессорного периода отмечен небольшой подъем содержания рецепторов для эстрадиола в миокарде у крыс, которым не вводили бемитил. В то время как у животных, у которых применяли бемитил, данный показатель находился в пределах контрольных значений. Спустя 30 суток после стресса специфическое связывание эстрадиола в миокарде как у животных, которым не вводили бемитил, так и у животных, с предварительным применением бемитила возвращается к контрольным значениям. При этом применение бемитила в большей степени стабилизирует данный



* Достоверно по сравнению с контролем ($p < 0,05$)

Рисунок 1 — Содержание рецепторов к эстрадиолу в кардиомиоцитах крыс, подвергнутых стрессу

Заключение

Таким образом, воздействие стресса на содержание специфических рецепторов к эстрадиолу в миокарде крыс проявляется в большей степени спустя 3-е суток, достоверно снижая данный показатель. Применение биметилла позволяет компенсировать эффекты оказываемые острым иммобилизационным стрессом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лызи́ков, А. Н. Лекарственные средства нового фармакологического класса антигипоксанта́ны (актопротекторы): учеб.-метод. пособие / А. Н. Лызи́ков, Э. С. Питкевич; под ред. Э. С. Питкевича. — Гомель: УО «Гомельский государственный медицинский университет», 2007. — 132 с.

ЖЕНСКИЙ ОБРАЗ В РАБОТАХ САЛЬВАДОРА ДАЛИ**Яловская К. К.****Научный руководитель: ст. преподаватель кафедры
общественно-гуманитарных наук, канд. фил. наук Т. П. Целехович****Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь*****Введение***

Сальвадор Фелипе Хасинто Дали — знаменитый испанский живописец, скульптор и график первой половины XX в., жизнь и творчество которого тесно переплелись в единый сюжет под названием сюрреализм. Мир Дали соткан из сновидений и записан автоматически. Главная направленность фантазии испанского художника — показать, что все в мире взаимосвязано и взаимопревращаемо. И в нем мужчина смотрит вокруг глазами женщины, которая вдохновляет его увидеть главное. Для Сальвадора Дали такой женщиной была Гала, которую он боготворил.

Цель

В данной статье будет рассмотрена специфика реализации женского образа в творчестве Сальвадора Дали, а также проанализировано концептуальное влияние знаменитого художника на живописную образность современного искусства.

В посвящении к автобиографическому «Дневнику одного гения» Дали напишет: «Я посвящаю эту книгу Моему гению, моей победоносной богине Гале Градиве, моей Елене Троянской, моей Святой Елене, моей блистательной, как морская гладь, Гале Галатее Безмятежной» [1, с.3]. Дали боялся контакта с женщинами, но мог говорить о них с точки зрения большого ценителя женской красоты. Художника всегда привлекала элегантность. В своем дневнике «Тайная жизнь Сальвадора Дали» он упоминает: «Я никогда не встречал женщины одновременно красивой и элегантной — это взаимоисключающие характеристики. В элегантной женщине всегда ощутима грань ее уродства (конечно, не ярко выраженного) и красоты, которая заметна, но не более того... Если она красива — прекрасно, если нет — прискорбно, но само по себе это неважно» [2, с.85]. Но ведь Сальвадор не был художником, изображающим правильные пропорциональные формы. Прекрасная половина человечества в его глазах выглядела по-особенному красиво. Его вдохновляли многие женщины, и Дали аргументировал это так: «Я поддаюсь влияниям, но не меняюсь» [2, с. 167]. Он всегда был предан своим идеалам и оставался им неизменен. Он искал Берусокиану Дали повстречал летом 1929 г., когда ему было 25 лет. Но свои первые воспоминания о ней он относит еще ко времени его обучения в первом классе: «Именно в чудесном театрике сеньора Трайтера я увидел то, что перевернуло мне всю душу, — я увидел русскую девочку, которую в тот же миг полюбил. В каждую клеточку моего существа от зрачков до кончиков пальцев впечатался в ту минуту ее образ. Мою русскую девочку, укутанную в белый мех, куда-то уносила тройка — почти чудом она спаслась от стаи свирепых волков с горящими глазами. Она глядела на меня, не отводя взора, и столько гордости было в ее лице, что сердце сжималось от восхищения... То была Гала? Я никогда в этом не сомневался — то была она» [2, с. 113].

Безусловно, он в какой-то мере обязан ей своим вдохновением. Хотя, с другой стороны, испанцы, например, очень часто критикуют личность Галы, обвиняя именно ее в том, что «Дали продал свой талант за доллары». Поэтому, может быть, не будь Галы — он бы не написал такого огромного количества картин только для продажи и не добился бы такого успеха в материальном плане. Но, Дали сам утверждал: «Гала — единственная моя муза, мой гений и моя жизнь, без Галы я никто» [2, с. 271].

А как Вы думаете, трудно жить с мечтой, с музой, с гением?

Быть музой, значит — шагнуть в вечность, в бессмертие.

Написано большое количество портретов Галы в разных образах и перспективах. Однако она влияла и на видение художником Мира в целом. Помимо портретов Галы, им написано множество картин, где изображен женский образ: «Женщина с головой из роз» (1935), «Венера Милосская с ящиками» (1936), «Лицо Мэй Уэст», использованное в качестве сюрреалистической комнаты (1934–1935) и т. д. Характерной особенностью работ Сальвадора, где изображается лицо или фигура женщины, является то, что художник изображает их либо в полуоборота, либо со стороны спины, используя при этом большое количество теней. Это можно объяснить тем, что Женщина на картинах Дали — собирательный образ, не имеющий четких черт лица и без указания на личности. Она — обрывок сна. Она — сон. Возможно, в глубинах этих работ также прячется Гала. Конечно же, писал портреты женщин. Однако, их нельзя назвать правильными академически выполненными картинами: «Леди Луис Маунтбеттен», «Портрет госпожи Изабель Стайлер-Тас». Его изощренную манеру написания нельзя назвать неправильной или необъяснимой. Искусство не должно требовать каких-либо предварительных подготовок, чтобы его понимать.

Заключение

Творчество Дали — это вызов миру, обществу, искусству, — человеку. Параметры и ориентиры сюрреалистических работ художника разрушают иллюзию привычного ритма человеческого бытия. Умение увидеть и выделить характерную черту конкретного образа, найти прекрасное в совсем абстрактных и не принятых стереотипами массовой культуры идеалах — уроки великого испанца молодым художникам современной эпохи. И образ женщины как созидательницы и разрушительницы, святой и грешной, кроткой и дерзкой — в центре этого мира — в сердце художника, в его глазах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дали, С. Дневник одного гения / С. Дали. — Мн.: Попурри, 2003. — 115 с.
2. Дали, С. Моя тайная жизнь / С. Дали. — Мн.: Попурри, 2003. — 285 с.

УДК 940.1(476)''15''

БИТВА ПОД ОРШЕЙ 1514 ГОДА В ОПИСАНИИ ИСТОЧНИКОВ ВЕЛИКОГО КНЯЖЕСТВА ЛИТОВСКОГО И ВЕЛИКОГО КНЯЖЕСТВА МОСКОВСКОГО

Яцук А. А.

Научный руководитель: к.и.н., доцент В. А. Михедейко

Учреждение образования

**«Гомельский государственный университет имени Франциска Скорины»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Интерес к великим битвам и великим полководцам затрагивает не только историков, но и думающую, и анализирующую события интеллигентную часть общества. Когда же, со времен великих событий проходит время, трактовка фактов меняются, и историки вынуждены восстанавливать правдивую картину событий.

Битва под Оршей 1514 г. является случаем, когда события излагались по-разному с двух сторон. Даже в наше время не утихают споры о важности и итогах этого исторического события. А тенденции к переоценке фактов, в угоду интересам политиков добавляют проблем историкам. Выяснение истины, объективная историческая оценка значения оршанской битвы на основе источников воевавших сторон являлось целью нашей работы. **Целью** нашей работы явилось изучение исторических источников Великого Княжества Литовского (ВКЛ) и Великого Княжества Московского (ВКМ), отражающих битву под Оршей 1514 г.

Нами изучены источники, относящиеся к периоду войны 1512–1522 гг. В работе использованы разные виды исторических источников: летописи, письма, воспоминания (записки). Для анализа мы условно выделили источники, исходившие из ВКЛ, и источники, относящиеся к ВКМ. Летописные источники представлены коротким волынским летописцем, который является источником ВКЛ, но украинского происхождения; Хроникой

литовской и жомойтской, которая показывает литовскую точку зрения на конфликт; Еврейновским летописом. Со стороны русского летописания представлен устюжский летописец, который наиболее полно отражает состояние московского войска накануне и во время битвы под Оршей. Отдельным источником является картина неизвестного художника «Битва под Оршей», которая написана современником событий тех лет и отражает ход сражения. Также представлены материалы посольства короля Жигимонта в Священную Римскую Империю.

Это продиктовано взглядами сторон на проблему территориального конфликта между двумя великими государствами. Историческая значимость битвы под Оршей оценивалась на основании изучения политической и экономической ситуации в ВКЛ и ВКМ.

Военный конфликт разразился из-за Смоленска, который являлся крупнейшей крепостью и «ключом» к Москве. Московское государство в результате серии военных походов конца XIV – начала XV вв. значительно расширило свою территорию, и перед ним стояла задача по обеспечению безопасности своей столицы.

Первые штурмы Смоленска были безрезультатны, но с привлечением большого количества тяжелой артиллерии и при отсутствии поддержки осажденных со стороны короля Сигизмунда, крепость капитулировала. Взятие Смоленска открывало москвитам путь на территорию Белоруссии и Литвы.

Потеря Смоленска стимулировала Сигизмунда на военный поход с целью возвращения крепости. Острожский понимал необходимость остановить москвитов и вернуть Смоленск. Сигизмунд собрал войско и во главе его назначил знаменитого полководца — Константина Острожского. Под Оршей столкнулись две рати. Военная мудрость и стратегия Константина Острожского привела к победе над превосходящим по численности противником, с незначительными военными потерями со стороны ВКЛ.

Проведенный нами анализ источников ВКЛ и ВКМ, а также оценка политической ситуации в Европе в рассматриваемый исторический период показал, что хотя Оршанская битва и не решила главной задачи — возвращения Смоленска, она, тем не менее, принесла значительные результаты. Против ВКЛ формировалась коалиция, которая могла вовлечь страну в затяжную войну со Священной Римской Империей. Победа в битве под Оршей показала Европе силу ВКЛ. Это заставило Священную Римскую Империю в 1516 г. направить посольство для урегулирования назревавшего конфликта мирным путем.

Выводы

Таким образом, на основании анализа исторических источников в сопоставлении с международной ситуацией в Европе в период 1512–1522 гг. битва под Оршей имела огромное значение для ВКЛ: разрушение враждебной коалиции было важнейшим итогом Оршанской битвы 1514 г.

Константин Острожский вошел в историю как военный стратег, одержавший победу над превосходящим противником с незначительными потерями своего войска, что прославило его как великого полководца.

Исторические документы, касающиеся описания битвы под Оршей и ее значимости позволили оценить это историческое событие в целостности политико-экономической ситуации в Европе первой половине XVI в.

ЛИТЕРАТУРА

1. Устюжский летописец. ПСРЛ. — Л., 1982. — Т. 37. — С. 52–54, 100–102.
2. Хроника Литовская и Жомойтская. ПСРЛ. www.litopys.org.ua.
3. История войн России. — М.: Харвест, 2008. — С. 32–36.

УДК 7(476)

«ИАКОВ» А. А. ИСАЧЕВА: К ИСТОРИИ ЗАМЫСЛА

Яцюк Д. Н.

**Научный руководитель: ст. преподаватель кафедры
общественно-гуманитарных наук, к.фил.наук Т. П. Целехович**

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Белорусская культура в лице лучших своих представителей достойно выглядит в сокровищнице мировой культуры. Таланты будто яркие звезды: чем ярче, тем короче зримый жизненный путь. Таким мастером был Александр Анатольевич Исачев, автор живописных полотен, которые потрясают глубиной смыслов, романтикой образов и трепещущим импульсом раненой кисти. Александром Исачевым написано более пятисот работ разнообразной тематики: картины на религиозные, мифологические и исторические сюжеты, светские ~~Мелл~~портреты.

В данной статье будет рассмотрена история создания картины А. А. Исачева «Иаков», замысел которой является концептуальным для творчества художника.

Александр Анатольевич Исачев родился 11 января 1955 г. в селе Заричи Калинковичского района. В детстве был определен в Мозырскую школу-интернат. Здесь была замечена тяга к рисованию и его зачислили в изостудию. В пятом классе он уже учился в Минской республиканской школе имени И. О. Ахремчика для одаренных детей. В семнадцать лет начинающий художник оказывается в Ленинграде. И с этого момента начинается новый период в его жизни. Семидесятые годы были отмечены всплеском неформального искусства. На одной из выставок Исачев познакомился с Г.Н. Михайловым, купившим несколько его картин. Молодым художникам Михайлов предоставлял свою квартиру, где они могли выставлять картины, проводить дискуссии. Это была практически единственная возможность показать свое творчество, реализовать что-то или получить заказ. Исачев занимал прочное место в оригинальной экспозиции, через которую прошли сотни картин разного содержания и уровня исполнения. Вскоре Исачев возвращается домой, в Речицу. Вновь, по 12–13 часов в сутки, не отходит он от мольберта. Десятилетние попытки разгадать древний секрет живописного письма увенчались успехом. Он сумел приспособить отечественные лаки, краски, кисти к манере гладкого письма и добился поразительной чистоты исполнения. «Исачев постиг секреты лессировочной техники: последовательного нанесения тончайших живописных слоев (используя от 8 до 15). Причем каждый слой требовал тщательной просушки (от 2 недель до 1,5 месяцев), поэтому работал над рядом картин одновременно» [1, с.14]. Занимался также акварелью, пастелью, графикой. Обращение к культуре древнейших цивилизаций сопровождалось серьезным изучением литературы философского, мифологического, религиозного и эстетического содержания. Творчеством молодого художника интересовалась и церковь. Он сделал множество икон, расписал храмы Мозыря, выполнил мелкие заказы для церквей Гомельской области. Умер Александр Исачев в 1987 г. в возрасте 32 лет через три дня после окончания первой в своей жизни персональной выставки, состоявшейся в его родном городе. Большая часть картин, не нашедших признания у себя в стране, была вывезена за рубеж. Сегодня их можно увидеть в галереях Европы и частных коллекциях. Так, в Израиле в частной коллекции находится сегодня портрет ветхозаветного патриарха Иакова. Известно, что написан был портрет в городе Речица, натурой для этого образа выступил знакомый автора, житель города Речицы [2]. Исачев изображает Иакова не юным сыном Ревекки, ловким овцепасом и успешным богачом; не изображает и знаменитый сюжет: сон Иакова, в котором он видит лестницу и ангелов, сходящих по ней (Быт 28:12). На портрете — седовласый усталый человек. Он именно Человек, который прожил долгую жизнь в страданиях и служении Богу, и своему народу Израиля. Портрет выдержан в традициях европейского Возрождения с его сильной личностью, могучей волей в преодолении страха и слабости. Таковы работы Дж. Беллини («Портрет мужчины»), Леонардо да Винчи («Автопортрет»), Микеланджело («Иеремия», «Моисей») и др. «Иаков» Исачева также задумчив и напряжен; пронизывающие янтарные глаза, многое повидавшие; мягко сжатые не узкие губы, впавшие щеки говорят о долгих годах прожитой жизни. Охристая, теплая палитра лица де-

лает его живым, соучастным со зрителем, вопрошающим о чем-то. Заметно, что доминирующей в работе является бело-голубая гамма. Этот цвет ампира, торжества силы, господства и гармонии, разливается на большей части картины. Но во взгляде нет угрозы и агрессии, есть душевная боль и любовь. В картине «Иаков» на заднем плане вспыхивает заря, на фоне которой изображено раскидистое Древо, которое имеет богатую символику в христианской культуре: образ древа познания добра и зла, Мамврийский дуб, под которым Авраам встречает Бога, Древо Крестных страданий Христа. Именно на заре Иакову были сказаны пророческие слова Богом: «Землю, на которой ты лежишь, Я дам тебе и потомству твоему... И вот, Я с тобою; и сохраню тебя везде, куда ты ни пойдешь» (Быт 28: 13–15). На художественном полотне с левой стороны органично вписывается камень со словами благодарности Богу, написанные на иврите: «этот камень, который я поставил памятником, будет домом Божиим; и из всего, что Ты, Боже, даруешь мне, я дам Тебе десятую часть» (Быт 28:22). Иаков — один из патриархов древнего Израиля, которого выбрал промысел для получения земли в наследство для своего народа, который прошел через человеческие слабости и противление Богу — и смирился перед Божией мудростью и терпеливой любовью. Служение — это всегда жертва.

Заключение

Таким образом, выбрав для изображения образ патриарха Иакова, Исачев прописывает концептуальную для мировой культуры идею: искусство — свято, и художник оправдан перед Творцом своим творческим служением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Михайловская, Е. Я. Мост, ведущий в ад и рай / Е. Я. Михайловская // Огонек. — 1990. — № 7. — С. 13–18.
2. Оринский, И. Мастер и Афродита / И. Оринский // Советская Беларусь. — 2005. — № 11. — С. 4.

УДК 616.15:546.723]:636.2

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТОВ «АНТИКЕТ» И «ФЕРОЦИН» НА УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА В КРОВИ КОРОВ

Керезь Е. В., Керезь Е. В.

Научный руководитель: А. Н. Коваль, к.б.н., доцент

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Гемоглобин — основной дыхательный пигмент и главный компонент эритроцита, выполняющий важные функции в организме: перенос кислорода из легких в ткани и углекислого газа из тканей в легкие. Он также играет существенную роль в поддержании кислотно-основного равновесия крови. Буферная система, создаваемая гемоглобином, способствует сохранению pH крови в определенных пределах. Образование эритроцитов происходит в красном костном мозге (в 1 мин образуется 160×10^6 клеток), а разрушение — в селезенке, печени, красном костном мозге.

Концентрация гемоглобина в крови зависит от общего количества эритроцитов и содержания в каждом из них гемоглобина. Поэтому выделяют гипо-, нормо-, и гиперхромную анемию в зависимости от того, сопряжено ли падение уровня гемоглобина крови с уменьшением или увеличением его содержания в одном эритроците. В крови коров в среднем содержится 95–105 г/л гемоглобина [1, 2].

«Антикет» — углеводно-белково-минеральная кормовая добавка, используется в сельском хозяйстве при кормлении молочного скота для сбалансирования рациона по углеводам, белкам и минералам.

Цель, задачи исследования

Целью исследования является научно-практическое обоснование влияния препаратов «Антикет» и «Фероцин» на уровень гемоглобина в крови коров.

Материалы и методы

Эксперимент проводился на коровах черно-пестрой породы хозяйства СПК Дубовый Лог Добрушского района. Животные были распределены на контрольную группу и 4 экспериментальные, по 5 голов в каждую. Экспериментальным животным вводили препараты «Антикет» в количестве по 0,5 кг на голову и феррицианид калия. Закорм животных осуществлялся сотрудниками Института Радиологии РНИУП МЧС.

Определение концентрации гемоглобина проводилось унифицированным гемоглобинцианидным методом [3, 4].

Статистическая обработка проводилась с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни, расчет — с помощью программы «Statistica 6.0».

Результаты и обсуждение

Проведенные исследования показали, что в сыворотке крови экспериментальных животных концентрация гемоглобина после начала введения препарата увеличилась в среднем на 10–40 %, а после окончания эксперимента снова понизилась до уровня среднестатистической нормы (таблица 1). Однако значимых различий между группами не наблюдалось.

Таблица 1 — Содержание гемоглобина в сыворотке коров

Группы	Дата взятия		
	17.11.2009	20.11.2009	27.11.2009
Контроль	73,8 ± 8,8	144,2 ± 4,3	108,5 ± 4,9
1 гр.	118,0 ± 22,2	147,6 ± 6,4	109,4 ± 5,8
2 гр.	138,2 ± 28,7	146,6 ± 8,3	105,4 ± 2,7
3 гр.	115,2 ± 17,3	140,8 ± 4,1	88,8 ± 6,6
4 гр.	71,8 ± 15,4	156,8 ± 3,4	101,0 ± 6,5

Выводы

В результате проведенных исследований было установлено, что концентрация гемоглобина в сыворотке крови испытуемых животных в ходе проведения опыта имела тенденцию к увеличению. Препараты «Антикет» и «Ферроцин» не оказали существенного влияния на уровень гемоглобина.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богданов, Г. А. Кормление сельскохозяйственных животных / Г. А. Богданов. — М.: Агропромиздат, 1993. — С. 256.
2. Макаров, А. В. Морфо-биохимические аспекты изменении красной крови коров в условиях недостаточного кормления / А. В. Макаров, Л. И. Тарарина, И. М. Саражакова // Сельскохозяйственная биология. — 1999, № 14. — С. 45–52.
3. Казарцев, В. В. Унифицированная система биохимического контроля за состоянием обмена веществ коров / В. В. Казарцев, А. Н. Ратошный // Зоотехния. — 2002, № 35. — С. 323–330.
4. Энциклопедия клинических лабораторных тестов / под ред. Н. Тица. — М.: Колос, 1997. — С. 26–27.

УДК 523.681 (476.2)

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ И ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА УЗОВСКОГО МЕТЕОРИТА

Островский А. М.

Научный руководитель: к.б.н., доцент М. Н. Стародубцева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

До получения образцов горных пород Луны метеориты были единственными образцами вещества космического происхождения, доступными для исследования всеми современными физико-химическими методами в земных лабораториях. Детальное изучение метеоритов позволяет получить новые ценные данные о химическом составе от-

дельных объектов Солнечной системы и выяснить пути формирования родоначальных метеоритных тел. Проведенные ранее исследования по изучению свойств Узовского метеорита [1] установили его принадлежность к большому классу каменных метеоритов, называемых хондритами (рисунок 1). Хондритовые метеориты представляют собой наиболее распространенный и примитивный тип метеоритов. Но, несмотря на то, что к ним принадлежит более 90 % каменных метеоритов, структура и состав хондритов остаются недостаточно изученными.

Цель работы

Установление особенностей структуры и состава метеоритного тела, найденного 15.08.2006 г. около г.п. Уваровичи Буда-Кошелевского района Гомельской области.

Материал и методы

Анализ химического состава межхондрового вещества метеорита проводился с помощью атомной спектроскопии, а строение и размеры хондр оценивались с помощью световой микроскопии на базе научно-исследовательских лабораторий ГГТУ им. П.О. Сухого и Института леса НАН Беларуси.

Результаты исследования и их обсуждение

1. Результаты анализа химического состава метеоритного тела с помощью атомной спектроскопии показали наличие в нем следующих химических элементов (мас. %): Са до 89,2; Fe до 8,4 и Mg до 2,4. Кроме того, в незначительном количестве присутствует Cr. По общему химическому составу вещество метеорита оказалось близким к вионаитам и силикатным включениям железных метеоритов группы IAB. Отличие состоит в высоком содержании Са во фрагментах метеоритного вещества, обусловленном, по-видимому, повышенным содержанием диопсида и плагиоклаза. Эти отличия могут быть связаны с гетерогенным составом вещества-предшественника, из которого формировалась эта группа метеоритного вещества.

2. Результаты световой микроскопии хондр отдельных фрагментов Узовского метеорита выявили весьма широкую вариабельность их размеров, формы и взаимного расположения в различных частях метеоритного тела (рисунок 2). Так, наиболее крупные хондры сконцентрированы в основном в периферической части метеоритного тела и представлены округлой формы зернами диаметром $0,92 \pm 0,07$ мм. Ядро метеорита составляют преимущественно микроскопические и миллиметровые частицы шарообразной формы с диаметром $0,44 \pm 0,03$ мм. Цвет хондр варьирует от светло-серого в центральной части метеорита до темно-желтого, часто с синеватым или красноватым оттенком, в его периферической части. В целом на их долю приходится от 50 до 90 % объема метеорита, что не имеет аналогов в соответствующей литературе [2, 3].



Рисунок 1 — Наибольший фрагмент каменного Узовского метеорита весом 2,7 кг



Рисунок 2 — Структура отдельного фрагмента метеоритного вещества (x 15)

Выводы

Проведенные исследования показали, что Узовский метеорит является хондритом, важная особенность которого заключается в уникальном разнообразии составляющих его компонентов и, прежде всего, хондр, обильно вкрапленных в каменную массу. Происхождение хондр не выяснено до сих пор. В земных минералах они никогда не встречаются. Возможно, что хондры — это застывшие капельки, образовавшиеся при кристаллизации вещества. В земных породах такие зерна должны быть раздавлены мощным давлением лежащих выше слоев, тогда как метеориты образовались в недрах родительских тел размерами в десятки километров (средний размер астероидов), где давление даже в центре сравнительно невелико. В данном случае особый интерес представляет аномально высокое содержание хондр по сравнению с межхондровым веществом. Так, в некоторых из фрагментов на их долю приходится до 90 % объема метеорита, ранее в метеоритах не наблюдавшееся. Исходя из этого, можно предположить, что Узовский метеорит является хондритом особого класса, но для этого требуется проведение дальнейших углубленных исследований с целью определения его минералогического и изотопного состава.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Островский, А. М.* Изучение характера падения и физических свойств Узовского метеорита / А. М. Островский, М. Н. Стародубцева // Актуальные проблемы медицины: сборник научных статей Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы медицины» 16-й итоговой научной сессии Гомельского государственного медицинского университета. — Гомель, 2007. — Т. 3, вып. 7. — С. 87–90.
2. *Бронштэн, В. А.* Метеоры, метеориты, метеороиды / В. А. Бронштэн. — М: Наука, 1987. — 176 с.
3. *Войткевич, Г. В.* Рождение Земли / Г. В. Войткевич. — Ростов-на-Дону: Феникс, 1996. — 480 с.

УДК 616-056.7-02:616.248-053.2/3

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ С РАННЕЙ ЕГО МАНИФЕСТАЦИЕЙ

Процюк Л. А.

Научный руководитель: д.м.н. Т. Л. Процюк

Учреждение образования

**«Винницкий национальный медицинский университет им. Н. И. Пирогова»
г. Винница, Украина**

Введение

На первом году жизни, атопический дерматит (АД) примерно в половине случаев заканчивает свое развитие с угасанием всей клинической симптоматики в течение первых 3-х лет жизни. В тех же случаях, когда имеется выраженная наследственная предрасположенность к атопическим и аллергическим реакциям, заболевание может развиваться долгие годы с формированием типичных клинических критериев Раika и других признаков атопии, что определяют, как классическое течение АД. У половины детей с АД в последующем развиваются БА, поллиноз, АР. Прогноз АД разнообразен. Во многом он зависит не только от наличия отягощенной аллергической наследственности, но и от тактики ведения детей, страдающих АД.

Цель исследования

Изучить состояние здоровья детей первого года жизни с ранней манифестацией АД, определить прогноз заболевания при разной степени тяжести патологического процесса.

Материалы и методы

Работа выполнена на базе Винницкой областной детской клинической больницы отделения аллергологии. Обследовано 25 детей раннего возраста с тяжелым и среднетяже-

лым течением АД и 25 детей с легкими формами АД. В работе использованы анкетирование родителей, общеклинические, лабораторные (иммунологический, серологический), статистические методы исследования. Наличие кожных изменений оценивалось по шкале Scord, оценка проводилась в динамике. Результаты исследований обрабатывались на персональном компьютере с применением программ «Statistica», «Microsoft Excel».

Результаты исследования и их обсуждение. Исследование выявлено, что АД до года чаще страдают мальчики (60 %), чем девочки. У большинства больных выявлен положительный семейно-наследственный анамнез по атопии. Все обследованные родились в результате патологически протекавшей беременности. При этом 43,0 % беременных нарушали диету, а 53,0 % женщин получали лекарственную терапию во время беременности. В 16,1 % случаев у будущих матерей во время беременности отмечались различные аллергические реакции. Основная масса детей при рождении имели вес свыше 3 кг. Половина детей находились на грудном вскармливании до 6 месяцев. Несмотря на это, в 71,4 % случаев первые проявления АД появились у малышей в период до 3-месячного возраста. Клинические проявления АД характеризовались гиперемией преимущественно в области щек. При анализе данных лабораторных исследований обнаружено, что для детей, страдающих АД на первом году жизни, характерно отсутствие изменений в гемограмме. Биоценоз кишечника был нарушен, чаще отмечался высев золотистого стафилококка, гемолизирующей кишечной палочки. Выявлено, что достоверно чаще при ранней манифестации АД встречалась неблагоприятная наследственность по атопии как со стороны матери, так и со стороны отца ($p < 0,01$), достоверно реже дети основной группы прикладывались к груди в родовом зале ($p < 0,05$). При тяжелом АД на первом году жизни достоверно чаще диагностировались вторичные иммунодефицитные состояния ($p < 0,001$) и внутриутробные инфекции ($p < 0,01$). Причиной возникновения АД у детей основной группы достоверно чаще являлось введение в рацион молочных смесей ($p < 0,01$), в то же время продолжительность грудного вскармливания более года преобладала в группе сравнения ($p < 0,05$). При оценке иммуноаллергологического статуса детей с АД выявлено, что практически у всех пациентов был снижен уровень общего IgG, отмечено низкое содержание IgA. Содержание общего IgE не зависело от распространенности кожного поражения и достоверно ($p < 0,001$) превышало нормативные значения. Общий IgE в сыворотке крови был повышен у большинства пациентов (95,6 %), причем у 35,0 % превышал возрастную норму более чем в 10 раз. После выписки из стационара проведено повторное обследование детей с ранней манифестацией АД. Выявлено, что при тяжелом и среднетяжелом течении заболевания на первом году жизни полный регресс кожных изменений произошел у 20,6 % пациентов, у остальных детей проявления АД сохранялись. Однако изменилась структура заболевания по степени тяжести: достоверно уменьшилась подгруппа детей с АД средней степени тяжести ($p < 0,05$) за счет трансформации его в легкую форму болезни. Число больных с тяжелыми проявлениями болезни осталось прежним (46 %). Появились дети с локализованной формой АД (53,6 %), достоверно уменьшилось число пациентов с распространенной ($p < 0,05$) и диффузной ($p < 0,01$) формами. Кожные изменения у детей, осмотренных в катамнезе, отличались от таковых при манифестации АД: достоверно реже ($p < 0,001$) отмечались сухость кожных покровов и гиперемия кожи ($p < 0,001$). Патологический процесс достоверно реже располагался на коже лица ($p < 0,001$), чаще поражалась кожа туловища и конечностей. При ранней манифестации АД в дальнейшем у 39,3 % пациентов присоединились признаки респираторной аллергии.

Выводы

1. АД на первом году жизни чаще страдают мальчики (60,0 %) с положительным семейным анамнезом по атопии. В 71,4 % случаев первые проявления болезни появля-

ются до 3-месячного возраста при нарушении диеты матерью (50,0 %), введении в рацион молочных смесей (38,7 %).

2. Иммунный статус детей с АД характеризуется снижением уровня общего IgG, низким содержанием IgA у пациентов в возрасте старше 6 мес. Изменения клеточного и фагоцитарного звеньев иммунитета разнонаправленны.

3. Значимыми факторами риска формирования респираторной аллергии у детей с АД являются вторичная иммунная недостаточность, повышение уровня общего IgE более 800 МЕ/мл, наличие специфических IgE-антител к бытовым аллергенам, отягощенная аллергологическая наследственность по линии матери, перинатальное поражение ЦНС. Прогноз при ранней манифестации АД зависит от качества наблюдения, адекватности противоаллергических мероприятий и выраженности клинических проявлений патологического кожного процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анкетирование родителей и оценка сопротивления дыхательных путей в ранней диагностике респираторной аллергии у детей с atopическим дерматитом / Е.Г. Фурман [и др.] // Аллергология и иммунология. — 2008. — Т. 9. — № 1. — С. 7.

2. Молокова Г. В. Исходы atopического дерматита легкой степени тяжести / Г.В. Молокова. // Матер. II Всероссийского съезда по детской аллергологии и иммунологии «Аллергология и иммунология в педиатрии». — М., 2008. — № 3 — С. 48.

3. Репецкая М. Н. Динамика иммунологических показателей у детей с ранней манифестацией тяжелых форм atopического дерматита / М. Н. Репецкая // Сборник матер. XI конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии». — М., 2007. — С. 462.

4. Яковлева О. П. Нарушение микробиоценоза кишечника у детей грудного возраста с atopическим дерматитом / О. П. Яковлева // Матер. науч. сессии. — Пермь-Ижевск, 2004. — С. 145–146.

УДК 616.89-02-057:614.23:617-089.5

СВЕТЯ ДРУГИМ, СГОРЮ ЛИ САМ? ИЛИ СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ

Савило А. В.

Научный руководитель: ассистент кафедры общей и клинической фармакологии с курсом анестезиологии и реаниматологии О. Л. Палковский

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Личность человека — достаточно целостная и устойчивая структура, и ей свойственно искать пути защиты от деформации. Одним из способов такой психологической защиты и является синдром эмоционального выгорания (burn-out), который представляет собой состояние эмоционального, психического, физического истощения, развивающегося как результат хронического стресса на рабочем месте. В Международной классификации болезней (МКБ-X) СЭВ отнесен к рубрике Z73 — «Стресс, связанный с трудностями поддержания нормального образа жизни».

Этиология. Факторы, влияющие на формирование СЭВ можно разделить на две группы: индивидуальные (внутренние) и организационные (внешние). К первым относятся: возраст, пол, уровень образования, личностные особенности, выносливость, тип поведения, тревожность. Ко вторым: рабочие перегрузки, дефицит времени, большое число пациентов, отсутствие профессиональной и личной поддержки, недостаточная профессиональная подготовка. Основная причина развития СЭВ — несоответствие между личностью и работой, между повышенными требованиями руководителя к работнику и реальными возможностями последнего, между стремлением работников иметь

большую степень самостоятельности в работе для достижения лучших результатов.

Выделяют 3 стадии развития СЭВ, каждая из которых проявляется в виде 4 симптомов: **1. Фаза напряжения:** переживание психотравмирующих обстоятельств, неудовлетворенность собой, «загнанность в клетку» (возникает не всегда, характеризуется чувством безысходности), тревога и депрессия. **2. Фаза резистентности:** неадекватное избирательное эмоциональное реагирование, эмоционально-нравственная дезориентация, расширение сферы экономии эмоций, редукция профессиональных обязанностей. **3. Фаза истощения:** Эмоциональный дефицит, эмоциональная отстраненность, личностная отстраненность (деперсонализация). Известно, что работа анестезиологов-реаниматологов считается одной из самых напряженных и вредных для здоровья. Ни с чем нельзя сравнить психологический удар, который получает врач, когда, несмотря на все усилия анестезиологического коллектива, пациент все же погибает. Многочасовые многодневные переживания случившейся ситуации (а все ли я сделал правильно и в достаточной ли мере?) надолго выбивают врача из колеи. А если действительно была допущена врачебная ошибка, и от этого пострадал пациент, то чувство вины многие годы напоминает о себе, а в отдельных случаях не позволяет продолжить свою профессиональную деятельность. Но современная анестезиология и реаниматология это еще и высокотехнологический процесс: обязательное владение сложной наркозно-дыхательной, мониторной и другой аппаратурой. Волей-неволей врачи начинают искать выход или разгрузку от постоянных стрессовых нагрузок. Одни начинают заниматься активно спортом, рыбалкой, охотой, туризмом. Особенно полезно выбивание клин клином, когда профессиональные нервно-психологические переживания меняются на другие острые ощущения. К сожалению, среди них немало таких, кто снимает психологическую профессиональную нагрузку алкоголем или (редко) наркотиками. А что же делать, когда «...и делаешь все правильно только — ЖИВИ!!! — а он.....» С точки зрения многих светских философов, люди несут полную ответственность за свои действия, преднамеренные или нет. Поэтому если я совершаю действие А, что в результате приводит к Б, то я несу полную ответственность за Б, даже если моим истинным намерением было В. Если я назначаю больному лечение, в результате которого он умирает, то я несу такую же ответственность за смерть пациента, что и при умышленном убийстве. Будущее — результат принимаемых нами решений, хороших или плохих. Отсюда и вытекают СЭВ, алкоголизм, распады семей, суициды... И казалось бы нет выхода, нет той ниточки, за которую можно было бы зацепиться. Но «выход» есть! В традиционном христианском понимании ход истории находится под полным суверенным контролем Бога, а не только результат человеческих поступков. Реальные последствия моих действий находятся вне моего контроля и относятся к сфере суверенного контроля Господа. Иногда я задумываю нечто хорошее, но кажется, что выходит плохое. Однако если я в этот момент поступил мудро, то не я один несу ответственность за последствия моих решений. Все события находятся под контролем Бога. Такое мировоззрение, конечно, не освобождает меня от заинтересованности в результате. Ведь мудрость мне подразумевает умение предвидеть последствия своих действий. И, тем не менее, окончательный результат мне не подвластен. Многие из врачей утверждают, что если жить по Библии, то совесть будет чиста. А я могу еще и добавить, что если жить по Библии, то не только совесть будет чиста, но и эмоционально никогда не выгоришь, т. к. «...надеющиеся на Господа обновятся в силе: поднимут крылья, как орлы, потекут — и не устанут, пойдут — и не утомятся».

УДК 616.56-003.218

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЗДОРОВЫХ ОБСЛЕДУЕМЫХ

Шаблыко Т. А.

Научный руководитель: ассистент Е. С. Пелеса

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Проблеме изучения variability сердечного ритма (ВСР) в настоящее время уделяется большое внимание, так как по изменению ритма сердечной деятельности можно судить о вегетативной регуляции сердца как у здоровых обследуемых, так и у пациентов с различными заболеваниями. На современном этапе практическое использование методов ВСР в прикладной физиологии и клинической медицине позволяет эффективно решать многие задачи диагностического и прогностического профиля, оценки функциональных состояний, контроля эффективности лечебно-профилактических воздействий.

Цель

Выявить особенности вегетативного обеспечения сердечного ритма (СР) у практически здоровых обследуемых в зависимости от возраста.

Материал и методы

Обследовано 40 относительно здоровых пациентов (18 мужчин и 22 женщины). В зависимости от возраста пациенты были разделены на 3 группы: группа 1 — 15–25 лет (21 обследуемый); группа 2 — 26–40 лет (9 обследуемых); группа 3 — 41–55 лет (10 обследуемых). Вегетативное обеспечение СР изучалось на основании ВСР. Для анализа ВСР использовался программно-технический комплекс «Поли-спектр» («Нейрософт», Санкт-Петербург). Условия исследования ВСР соответствовали необходимым требованиям: к исследованию приступали через 1,5–2 часа после еды в тихой комнате с постоянной температурой 20–22°C. Перед исследованием отменялись физиотерапевтические процедуры и медикаменты. Исследования у женщин проводились в межменструальный период. После 10 минут адаптации в горизонтальном положении, при спокойном дыхании регистрировалась электрокардиограмма (ЭКГ) — 5-минутный фрагмент. На основе снятой ЭКГ определялись показатели временного и спектрального анализа ВСР. Расчет ВСР проводился в соответствии с международными стандартами на базе последовательности RR-интервалов синусового происхождения по всей записи. Из анализа были исключены аритмии и артефактные участки записи.

Результаты

В ходе исследования выявлено, что значения временных и спектральных параметров ВСР находились в обратной зависимости от возраста обследуемых.

Во-первых, с увеличением возрастного критерия отмечено снижение временных параметров в исследуемых группах, характеризующих ВСР в целом. Так, если в группе 2 наметились тенденции в снижении параметров SDNN и CV в сравнении с группой 1, то уже группа 3 характеризовалась их наименьшими значениями, $p < 0,001$.

Во-вторых, с возрастом уменьшалась активность парасимпатического отдела вегетативной нервной системы (ВНС), что проявилось в снижении значений временных показателей rMSSD, pNN50 в группах 3 и 2 в сравнении с группой 1, $p < 0,05$, $p < 0,001$.

В-третьих, с возрастом отмечено снижение общей мощности спектра колебаний (TP), $p < 0,05$. Так, если в группе 1 значение TP составило $5969,7 \pm 4198,9 \text{ мс}^2$, в группе 2 — $3046,6 \pm 1877,6 \text{ мс}^2$, $p < 0,05$, то в группе 3 общая мощность спектра уменьшилась уже в 3 раза и составила $1577,5 \pm 750,5 \text{ мс}^2$, $p < 0,001$. Уменьшение общей мощности спектра колебаний происходило за счет снижения мощности колебаний спектра в диапазонах

VLF, LF, HF, с постепенным уменьшением их активности с возрастом. Если в группе 2 снижение TP было преимущественно за счет уменьшения HF, $p < 0,05$, в сравнении с группой 1, то в группе 3, в сравнении с обследуемыми групп 1 и 2, уменьшалась активность не только парасимпатических влияний, но и симпатических (снижение LF, $p < 0,05$). Однако на фоне общего снижения влияния обоих отделов ВНС, вклад гуморально-метаболических процессов в регуляцию СР с возрастом увеличивался: в группе 1 %VLF составлял 33,2 %, в группе 2 — 46,8 % ($p < 0,05$), а в группе 3 он увеличился до 52,7 %, $p < 0,05$.

Выводы

1. С увеличением возраста у относительно здоровых обследуемых отмечалось снижение ВСР и общей мощности спектра колебаний за счет уменьшения влияния парасимпатического, симпатического отделов ВНС, и гуморально-метаболических влияний на регуляцию СР.

2. С увеличением возраста у относительно здоровых обследуемых отмечалось перераспределение вклада вегетативной и гуморальной регуляции СР в сторону относительного увеличения гуморально-метаболических влияний.

ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анализ вариабельности сердечного ритма при использовании различных электрокардиографических систем (часть 1) / Р. М. Бавеский [и др.] // Вестник аритмологии. — 2002. — № 24. — С. 65.
2. Снежикский, В. А. Методологические аспекты анализа вариабельности сердечного ритма в клинической практике / В. А. Снежикский // Медицинские новости. — 2004. — № 9. — С. 37–42.
3. Функциональная диагностика состояния вегетативной нервной системы / Э. В. Земцовский [и др.]. — С-Пб.: ИНКАРТ, 2004. — 80 с.

СОДЕРЖАНИЕ

Литвиненко А. Н.

Оценка адгезивных свойств *S. Aureus* в клинической практике..... 3

Литвинова Ю. С.

Структура и течение врожденных пороков сердца у детей..... 4

Литвинова Ю. С.

Врожденный порок сердца: дефект межпредсердной перегородки у детей..... 5

Литвинович Н. С., Андреева М. И., Бондаренко А. О.

Ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости ветряной оспой населения Гомельской области в 1997–2009 гг..... 7

Логинова О. П.

Прокальцитонин в дифференциальной диагностике системного воспалительного ответа..... 8

Лукьяненко Т. Н.

Православный взгляд на эвтаназию 10

Колташев М. А.

Современные взгляды на проблему «смерть мозга»..... 11

Мажанова Н. Г.

Определение биологического возраста лиц умственного труда 13

Макеева К. С., Латан Д. Ю.

Показатели креатинкиназы в сыворотке крови коров при введении комбинированного препарата «Антикет» и «Ферроцина»..... 14

Малолетникова И. М. Энцефалопатия новорожденных на фоне соматической патологии.....	15
Мартакова Е. А., Щерба Н. В. Особенности течения неонатального периода и периода раннего детства у новорожденных с пренатально выявленной патологией почек	17
Мархач Т. Н., Польская Е. В. Показания к операции кесарева сечения в современном акушерстве.....	18
Матеюн Т. А. Частота поражения лор органов у больных ранними формами сифилиса	20
Мельникова А. В., Полторан А. В. Рейтинг-оценка уровня функциональной и двигательной подготовки по предмету «Физическое воспитание» в программе вуза.....	21
Мижевич К. Г. Физиологические свойства антигипоксантов на основе перфторуглеродов	22
Михнович А. А. Оценка процессов роста девочек 6–7 лет по показателям длины тела	23
Мичалева И. С. Терапия острого ларинготрахеита у детей раннего возраста	25
Могилат Н. В. Актиномикоз женских половых органов в клинической практике	26
Мозоль Ю. В., Мельниченко М. Н. Антигипоксанты в спортивной медицине.....	28
Мосейкова О. М. Разрешенная смерть или убийство	29
Музычкина Е. П., Заренок Н. В. Формирование активной жизнедеятельности в процессе учебы в вузе.....	31
Нагалюк Ю. В. Хирургическое лечение хронической недостаточности сосудов, кровоснабжающих головной мозг, с сопутствующей ишемической болезнью сердца	32
Назаров О., Джумакулиев А. Профессиональный сленг как компонент делового общения в медицине	33
Насевич Е. В., Мощина Т. В., Пашко А. Ю. Анализ питания детей второго года жизни по качественному составу пищи	35
Насевич Е. В. Оценка соматического и психического здоровья детей первого года жизни, перенесших гемолитическую болезнь в периоде новорожденности	36
Наумова Л. А., Приступюк Л. А. Профилактика йоддефицитных заболеваний	37
Невская А. В. Анализ влияния учебной нагрузки на здоровье учащихся с учетом вида образовательного учреждения	38
Невская А. В. Распространенность трихинеллеза в Гомельской области.....	40
Недосейкина М. С., Дронова В. Г. Прогностическое значение кариопикнотического индекса при подготовке	

шейки матки к родам.....	41
Николаенко М. И.	
Жизнь, борьба и гибель Минского гетто.....	42
Николаенко Н. В.	
Аборт — убийство беззащитных	44
Николаенко Н. В.	
Ложь во благо?	46
Новик С. Ю., Новик Н. Ю.	
Проблема детского дорожно-транспортного травматизма	47
Новиков И. В., Ромашко Е. А.	
Болезнь тела: осмысление проблемы бесплодия в иудейской и христианской (православной) традициях.....	49
Новикова М. И., Богданова Ю. В.	
Сравнительная оценка предполагаемой и истинной массы плода и определение частоты ошибки в зависимости от различных формул	50
Новикова О. В., Головкин Е. С.	
Эффективность применения модифицированных аутолейкоцитов при гнойно-септических заболеваниях.....	52
Обуховская Н. С., Михович Т. И.	
Диагностика и тактика в лечении острого деструктивного панкреатита с применением разработанных алгоритмов.....	53
Обуховская Н. С.	
Оптимизация тактики хирургического лечения острого подкожного тромбоза	55
Орdoneз-Кастело Сандра	
Система здравоохранения в Швеции.....	56
Орловец А. И., Седас М. С., Буксанов М. В.	
Изменения уровня 5-окситриптофана у больных с хроническим панкреатитом.....	57
Остапенко Р. О.	
Брюшная аорта кролика как модель для внутрисосудистых имплантатов.....	58
Острикова А. В., Гусева А. А.	
Эффективная профилактика курения: воздействие на причины курения, применение мотиваций отказа от него	60
Палий М. Н.	
Анализ современной мотоциклетной травмы	60
Паскевич Ю. В.	
Запалення об'єму в реконструкції зовнішнього носа	62
Пастушок Д. И., Давыдовская Т. Л., Теребей В. И.	
Практическое применение функциональных проб в спортивной медицине с применением программно-аппаратного комплекса «ОМЕГА-С».....	63
Пачко В. В., Тарасюк А. И.	
Грех — болезнь смертельная.....	64
Петренко Т. С.	
Показатели липопероксидации у больных с рецидивирующими заболеваниями ЛОР-органов	66
Петрович Ю. В., Синявская И. В.	

Липидный состав периферической крови при патологиях нервной системы, связанных с нарушением мозгового кровообращения	68
Петровская Т. Э., Дегтяренко Д. Г.	
Количественная характеристика эндокриноцитов тонкой кишки человека в эмбриогенезе	69
Пешкур Е. Д.	
Изучение остроты зрения у школьников гимназии № 14 г. Гомеля.....	70
Пивовар М. С., Кеня И. В., Криволап Д. Г.	
Применение энтерального питания для лечения синдрома кишечной недостаточности у больных с гнойными осложнениями острого деструктивного панкреатита в раннем послеоперационном периоде	71
Письменникова Е. И.	
Венценосные сестры милосердия	73
Подгайский С. В., Яковук А. В.	
Эндоваскулярные методы лечения атеросклеротических поражений аорты, ее ветвей и периферических артерий с помощью стент-графта.....	75
Полторан А. В., Крупейченко Е. О.	
Сравнительный анализ самочувствия, активности и настроения студентов до и после перехода на левое время	76
Польская Е. В., Мархач Т. Н.	
Сравнительный анализ результатов родоразрешения путем операции кесарева сечения и физиологических родов.....	77
Помазанский С. В.	
Рентгеносемиотика ревматоидного артрита	79
Попкова М. В., Щучко А. А.	
Сравнительный анализ уровня тревожности и сенсомоторной Реактивности школьников и студентов г. Гомеля	80
Потапова И. И.	
Труд врача с Божьей помощью.....	82
Приступюк М. А.	
Использование сорбентов на основе мелкодисперсного кремнезема для лечения язвенно-некротических осложнений у больных сахарным диабетом.....	83
Провалинский А. В.	
Влияние препаратов «Антикет» и «Ферроцин» на содержание глюкозы в сыворотке крови лактирующих коров	84
Прохорович Е. П.	
Особенности клинической манифестации ринита беременных	85
Пучинская М. В.	
Показатель MPV у пациентов с прогрессирующей стенокардией	86
Пучинская М. В.	
Связь экспрессии рецепторов андрогенов и нейроэндокринной дифференцировки в раке предстательной железы	88
Пшеничник В. Н., Видунов В. П., Ксензов Н. Л.	
Применение раннего энтерального питания у пациентов, оперированных по поводу гнойных осложнений острого деструктивного панкреатита (ОДП)	89
Радовская И. В., Савчанчик С. А.	

Острые отравления растительными ядами	90
Рафеенко О. Д., Кульбеда В. А. Определение физической работоспособности студенток ГГМУ с использованием гарвардского степ-теста	92
Ржеуцкая А. И., Дриневская В. В. Исследование содержания серогликоидов в сыворотке крови коров при добавлении в рацион препаратов «Антикет» и «Ферроцин»	93
Родионова А. И. Факторы риска преждевременной отслойки плаценты	94
Романович В. В., Русак И. М. Роль первичных защитных механизмов психики.....	96
Романчук А. В., Ковальчук А. А. Особенности распределения групп крови системы АВО у жителей Гомельской области	97
Ромашко Е. А. Болезнь тела и болезнь души: проказа	98
Россолова В. В., Олизарович М. В. Клинико-эпидемиологическая характеристика глиальных опухолей головного мозга	100
Русак И. М., Сергиенко И. М. Новый физический метод, применяемый для сравнения эффективности лекарственных средств, предназначенных для лечения мочекаменной болезни	101
Рустамов М. И., Мамедов А. Н., Бобоеров Ф. Н. Энтеросорбция в комплексном лечении больных обтурационной желтухой	103
Рыбак В. Р., Амбрушкевич А. Ю., Стрижак Е. А. Эндогенные факторы предрасположенности к алкогольному поражению печени.....	105
Рябчиков И. В. Панков И. О. Оценка качества жизни, обусловленного здоровьем, пациентов с застарелыми переломами голеностопного сустава при помощи опросника MOS SF-36 после корригирующих остеотомий с наложением аппаратов внешней фиксации	106
Рябчиков И. В. Панков И. О. Цифровая фотоплантография в диагностике патологии стопы пациентов с застарелыми переломами коленного сустава	107
Рябчиков И. В. Панков И. О. Качество жизни, обусловленное здоровьем, пациентов с полифрагментарными переломами области коленного сустава после остеосинтеза спице-стержневыми аппаратами	108
Савчанчик С. А., Половинкина К. А. Применение трехмерной графики в процессе обучения	109
Сакович М. Н., Кравчук А. В. Эпидемическая ситуация по заболеваемости вирусным гепатитом В в Гомельской области	111
Салмин И. М. Одномоментная хирургическая коррекция генитального пролапса и недержания мочи при напряжении синтетическими сетчатыми протезами.....	112
Самсонова Л. С., Игнатенко П. Ю. Влияние уровня тревожности на показатель активности регуляторных систем студентов I курса до сессии и после сессии	113

Санталова М. А., Илюхина О. С.

Оценка уровня знаний девушек-подростков по вопросам сексуальных взаимоотношений, репродуктивного здоровья и методам предохранения от нежелательной беременности 115

Сверкунова И. К.

Изучение изменений в сердечно-сосудистой системе у больных хроническими заболеваниями легких с нарушениями функции внешнего дыхания..... 116

Сейт-Ягьяева Н. З., Назаренко И. В.

Показатели мочевины в сыворотке крови коров при введении комбинированного препарата «Антикет» и феррицианида калия 118

Сейт-Ягьяева Н. З.

Анализ мутаций в гене H-ras при опухолях кожи (по базе «cosmic»)..... 119

Семеняго С. А.

Синдром гипермобильности суставов как одно из проявлений дисплазии соединительной ткани у детей 121

Сергей О. А., Волчкевич Д. А.

Особенности кровоснабжения сердца..... 122

Сидор Е. П., Лазаревич Л. А.

Возможности УЗИ в диагностике канальных паховых грыж 123

Силин Р. А., Шершнев А. Г.

Определение активности γ -глутамилтранспептидазы в сыворотке крови животных при применении препарата «Антикет» и ферроцина..... 124

Силин Р. А.

Обезвоживание мышечных тканей крыс при изготовлении гистологических препаратов..... 126

Силина Е. В., Геращенко С. И., Козырева А. А.

Гнойный оментит в структуре ургентной абдоминальной патологии у детей Гомельского района за 1997–2009 гг. 127

Симонова В. А., Семенова Т. А.

Качественный анализ отклоненной от государственной гигиенической регистрации продукции для детей и подростков..... 129

Слесаренко Т. И.

Цитомегаловирусная инфекция у ВИЧ-инфицированных 130

Смолян Е. Г., Чуешкова Ю. С.

Течение родов, послеродового периода и состояние новорожденного у первородящих женщин с медицинским абортom в анамнезе..... 131

Снытко М. И., Лакотко Т. Г.

Показатели вариабельности сердечного ритма у больных с артериальной гипертензией..... 133

Сорока И. В.

Проект «общее дело» — пример эффективного преодоления алкогольной угрозы 134

Сорокин А. В., Шабанов Е. А.

Реализация программы европейского общества кардиологов по регистру острого коронарного синдрома (euro heart survey acute coronary syndromes snapshot 2009) в сосудистых центрах курска 136

Сорокопыт А. В.

Психологические особенности девочек после искусственного прерывания

беременности	137
Станишевская В. В.	
Влияние средств массовой информации на формирование здорового образа жизни у школьников	139
Старовойтов А. Н., Рафеенко О. Д.	
Влияние исходного вегетативного тонуса на показатели физического состояния спортсменов-футболистов	140
Степанец Е. А., Олизарович М. В.	
Томографические маркеры эффективности консервативной терапии при дискогенных поясничных радикулопатиях	142
Стрижак Е. А., Амбрушкевич А. Ю.	
Медико-социальная характеристика госпитализированных с заболеваниями хрусталика глаза	143
Тарасевич Т. С.	
Мифологема здоровья и этика болезни	144
Терешко Н. Н.	
Общество риска и комфорта в социологическом измерении	145
Тимошок Е. Л., Буйко А. В.	
Характеристика биоптатов миокарда при алкогольно и дилатационной кардиомиопатиях	147
Титенко Л. Г.	
Глубины наших душ	148
Титова Г. А.	
Болезнь тела и болезнь души	149
Тищенко Г. В., Тищенко В. Н.	
Клинико-морфологические особенности микобактериальной инфекции у ВИЧ-инфицированных при проведенной антиретровирусной терапии	151
Тодорович Е. А.	
Развитие медицины в монастырях	153
Томошев Д. С.	
Лабораторные показатели при алкогольно-вирусных хронических гепатитах в инфекционном стационаре	154
Трофимук М. Н.	
Информированность студенческой молодежи по вопросу здорового образа жизни	156
Трубенко С. Н.	
Патогенное действие ядовитых веществ, содержащихся в несъедобных грибах, произрастающих на территории Республики Беларусь	157
Трушкова Е. В.	
Гигиеническая оценка суточных энерготрат студенток по хронограмме видов деятельности	159
Усманов М. А., Фатихов И. Р.	
Закрывание послеоперационных ран при нижне — срединных лапаротомиях с учетом профилактики раневых осложнений	160
Ушко Т. И., Остапченя И. В., Буксанова А. А.	

Перспективный метод профилактики дуоденогастрального рефлюкса при хирургическом лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки	161
Федосеня А. И.	
Оценка головных болей при объемных образованиях головного мозга по шкале «ВАШ» при различной выраженности застоя дисков зрительных нервов	163
Федосова А. А.	
Повышенная радоновая нагрузка в помещениях г. Гомеля как фактор риска заболеваемости населения раком легких	164
Федосова А. А.	
Нравственный облик врача: история и современность	166
Федотова А. В.	
Морфофункциональное состояние тиреоидного остатка после операций на щитовидной железе в раннем послеоперационном периоде	167
Фролова М. В.	
Патоморфология утренней болезни в зависимости от болезни желудочно-кишечного тракта ...	168
Фролова М. В.	
Патоморфология рецидивирующего фурункулеза	169
Харчикова Н. С.	
Малоинвазивные методы в лечении абсцессов печени	171
Хижненко М. Ю., Онзуль Е. В.	
Индукцированная хемилюминесценция — новый метод диагностики и прогнозирования течения деструктивного панкреатита	172
Ходькова О. С.	
Болезнь и грех	173
Хомодов Атомухаммед	
Значение жестов, связанных с прикосновением рук к различным частям лица	174
Хомякова А. А.	
Прионные инфекции	176
Хорошко С. А.	
Динамика заболевания мочеполовой системы студентов ГГМУ	177
Хоха Д. В., Лобанков Д. В.	
Клиническая эпидемиология острого аппендицита в Гомельской области	178
Хохлов К. Ф.	
Результаты лечения отслойки сетчатки артефакционного глаза по материалам отделения микрохирургии глаза ГУ «РНПЦ РМИЭЧ»	180
Цыбуля О. А., Ковылина М. В.	
Рак или цистит. Дифдиагностика	181
Цыбуля О. А.	
Туберкулезный цистит. Два случая из клинической практики	182
Чайковская М. А.	
Гигиеническая оценка загрязнения атмосферного воздуха г. Гомеля	183
Чебак Ю. А.	
Пренатальная диагностика. Этические аспекты	184
Черняк А. С., Жандарова А. К., Кучук Д. О.	
Оптимизация протоколов диагностики пациенток с тазовыми болями	

в акушерско-гинекологической практике.....	186
Чесновская Е. Г., Страпко Н. В., Ковалевская Е. С.	
Диагностика неразвивающейся беременности.....	187
Чесновская Е. Г., Ковалевская Е. С., Страпко Н. В.	
Анализ причин замирания беременности по результатам морфологического исследования соскобов из полости матки.....	188
Чеченкова Е. В.	
Оценка повреждающего действия препаратов йода на слизистую желудка	189
Чубукова О. В.	
3-й белорусский фронт. Операция «багратион».....	191
Чубукова Т. Н.	
Металлотионеин-III: структура, локализация, регуляция, функции в центральной нервной системе	193
Чугай А. А., Флёров А. О., Борушко Ю. Б.	
Минно-взрывное ранение челюстно-лицевой области.....	194
Шаблина О. В., Жандарова А. К., Черняк А. С.	
Факторы риска и пути снижения перинеальной травмы в первых и повторных родах	196
Шаблыко Т. А.	
Возрастные особенности вегетативного обеспечения сердечного ритма у здоровых обследуемых.....	197
Шадёнок А. О., Тихоненко Т. В.	
Особенности клинической картины завозных форм малярии в Республике Беларусь	198
Шадёнок А. О., Бурко О. В.	
Факторы риска и особенности недоношенных детей по данным историй родов и развития новорожденного	200
Шадёнок А. О.	
Влияние отклонений в течении беременности и родов на раннее развитие детей.....	201
Шапиро О. С.	
Взаимосвязь между показателями функционального состояния организма спортсменов и наличием патологии.....	203
Шаповалова Е. В.	
Исследование интернет-зависимости у студентов Гомельского государственного медицинского университета.....	204
Шершнев А. Г., Силин Р. А.	
Морфометрические характеристики боковых желудочков головного мозга в различные возрастные периоды (по данным компьютерной томографии)	206
Шпадарук Я. Н.	
Трансгенные растения для фармакологии.....	207
Щучко А. А., Попкова М. В.	
Влияние дозированной нагрузки на физическую работоспособность у детей и подростков с неорганической патологией системы кровообращения	209
Юсупов Ш. Ш.	
Влияние аллопуринола и Гепат-Мерц на уровень мочевой кислоты и NO при терапии больных с метаболическим синдромом и ишемической болезнью сердца.....	211
Юсупов Ш. Ш.	
Эффективность эндобронхиального лечения в комплексной терапии у больных	

термоингаляционной травмой.....	212
Якута П. А., Лапицкий Р. Р., Киселев К. А.	
Влияние бемитила на содержание рецепторов к эстрадиолу в кардиомиоцитах крыс в условиях острого стресса.....	214
Яловская К. К.	
Женский образ в работах Сальвадора Дали.....	215
Яцук А. А.	
Битва под Оршей 1514 года в описании источников Великого Княжества Литовского и Великого Княжества Московского.....	217
Яцюк Д. Н.	
«Иаков» А. А. Исачева: к истории замысла.....	218
Керезь Е. В., Керезь Е. В.	
Влияние препаратов «Антикет» и «Фероцин» на уровень гемоглобина в крови коров	220
Островский А. М.	
Особенности структуры и химического состава узовского метеорита	221
Процюк Л. А.	
Прогнозирование атопического дерматита у детей с ранней его манифестацией	223
Савило А. В.	
Светя другим, сгорю ли сам? Или синдром эмоционального выгорания у анестезиологов-реаниматологов	225
Шаблыко Т. А.	
Возрастные особенности вегетативного обеспечения сердечного ритма у здоровых обследуемых	226

Научное издание

**ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ
СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ**

Сборник научных статей
II республиканской научно-практической конференции
с международным участием студентов и молодых ученых
(Гомель, 29–30 апреля 2010 года)

Основан в 2009 г.

Выпуск 2

В двух томах

Том 2

Редактор *О. В. Кухарева*
Компьютерная верстка *А. М. Елисеева*

Подписано в печать 28.04.2010
Формат 60×84¹/₁₆. Бумага офсетная 65 г/м². Гарнитура «Таймс»
Усл. печ. л. 13,72. Уч.-изд. л. 14,63. Тираж 110 экз. Заказ № 109

Издатель и полиграфическое исполнение
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
246000, г. Гомель, ул. Ланге, 5
ЛИ № 02330/0549419 от 08.04.2009