

человека есть четкий критерий — жить перед лицом Божиим, это значит, что абсолютно все, что он делает, должно быть качественно, истинно, чисто. Получается, что верующий человек живет ради Бога, а исходя из этого и для общества и своей семьи.

В основе пирамиды Маслоу лежит путь к личностному росту, к преуспеванию, но это — не путь духовного возрастания личности. Человеку плохо без тяги вверх, без поиска предельных смыслов жизни. Удовлетворение духовных потребностей принципиально отличается от удовлетворения витально-органических потребностей. При удовлетворении физиологической потребности интенсивность ее переживания по мере ее удовлетворения постепенно снижается и сменяется периодом торможения данной потребности. Удовлетворение же духовной потребности всегда характеризуется возрастанием интенсивности ее переживания. Духовные потребности не ограничены в пределах и неисчерпаемы в своей глубине и интенсивности переживания.

Выводы

Православная этика порицает потребительство как самоцель. Ее принцип можно сформулировать как принцип необходимой достаточности, который распространяется исключительно на материальные, но не на духовные блага. Нарращивание последних лишь приумножает основное богатство — достоинства человека. Поэтому с точки зрения православной этики, структура потребностей, представленная пирамидой Маслоу, является не чем иным, как гипертрофированной формой отражения ценностей «общества потребления».

ЛИТЕРАТУРА

1. Л. Хьелл, Д. Зиглер. Теории личности. — СПб.: Питер, 2003. — 608 с.
2. Православная психология и проблемы современного человека: межвуз. сб. науч. тр. / под ред. Е. А. Ходыревой. — Ульяновск: УлГУ, 2001. — С. 24.

УДК 616-074:615.33

ОЦЕНКА АДЕКВАТНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ С ПОМОЩЬЮ ЛАБОРАТОРНЫХ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ

Цыбульская А. А., Злотникова М. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Одной из наиболее актуальных и сложных проблем неотложной хирургии и интенсивной терапии остается лечение деструктивных заболеваний органов брюшной полости и их гнойно-септических осложнений. В последние годы значительно увеличилось число пациентов с инфицированными формами панкреонекроза, прободением желудочно-кишечного тракта, травматическими повреждениями органов брюшной полости, перитонитом различной этиологии [1, 2, 3]. Высокая летальность при данной патологии обусловлена как поздней диагностикой, так и неэффективным мониторингом проводимого лечения. Классические клинические и лабораторные признаки воспалительной реакции, такие, как лихорадка, тахикардия, и лейкоцитоз, могут быть результатом неинфекционных причин и не являться ни специфичными, ни чувствительными, а большинство современных маркеров, например, концентрацию эндотоксина и цитокинов, невозможно использовать для рутинной диагностики [1, 4]. Данные о возможности использования лабораторных критериев воспаления для мониторинга эффективности антибиотикотерапии (АБТ) в ранний период противоречивы и изучены недостаточно [1, 5].

Цель

Изучить возможность оценки адекватности АБТ у пациентов с деструктивными заболеваниями органов брюшной полости с помощью лабораторных маркеров воспаления.

Материалы и методы исследования

Обследовано 16 пациентов в возрасте от 28 до 49 лет (11 мужчин и 5 женщин) отделения интенсивной терапии и реанимации УО «Гомельской областной клинической больницы» с деструктивными заболеваниями органов брюшной полости (панкреонекроз — 8 человек, кишечный некроз — 2, забрюшинный абсцесс — 2, перитонит — 4 лица), которым в послеоперационный период назначали антибиотикотерапию. Данная группа лиц имела схожие клинико-лабораторные признаки тяжести заболевания (APACHE II) и положительный эффект от АБТ. Проведена ретроспективная оценка изменения уровня основных лабораторных маркеров воспаления в динамике заболевания на 1–5 сутки при адекватной АБТ.

Материалом для исследования служила венозная кровь, оценивали содержание уровня прокальцитонина (ПКТ) и С-реактивного белка (СРБ) иммунохроматографическим методом («Мультилаб») в сыворотке крови, уровень фибриногена (ФГ) в плазме определяли методом по Рутберг, количество лейкоцитов (Le) — на автоматическом гематологическом анализаторе («Sysmex 210»).

Статистический анализ проводился с использованием непараметрических методов ввиду отсутствия согласия данных с нормальным распределением. Результаты выражали в виде Me (25; 75 %), где Me — медиана, 25 % — нижний квартиль, 75 % — верхний квартиль. Критический уровень значимости нулевой статистической гипотезы (p) принимали равным 0,05. Для оценки различий между зависимыми переменными применяли непараметрический критерий Вилкоксона.

Результаты исследования и их обсуждение

Как видно из рисунка 1, в группе пациентов с деструктивными заболеваниями брюшной полости при адекватной АБТ уровень ПКТ начинает снижаться ко 2 суткам, однако статистически значимое уменьшение происходит к 3 суткам АБТ на 55,2 % от исходного (с 12,0 [6,1;18,3] нг/мл до 5,4 [0,4;9,5]) ($p = 0,024$) и на 95,4 % к 4 суткам (до 0,5 [0,2;3,5]) ($p = 0,001$), в то же время оставаясь еще повышенным по сравнению с нормальными значениями к концу 5 суток (рисунок 1). Данные изменения могут быть связаны с коротким периодом полураспада ПКТ (24 ч) и быстрой положительной динамикой параметра в ответ на соответствующую АБТ.

Установлено, что главными и наиболее сильными стимуляторами продукции и выхода ПКТ в системный кровоток являются бактериальные токсины [5]. Динамика данного показателя позволит мониторировать ранний эффект АБТ ко 2-3 суткам, когда клинически тяжело оценить улучшение состояния пациентов с тяжелыми деструктивными заболеваниями брюшной полости.

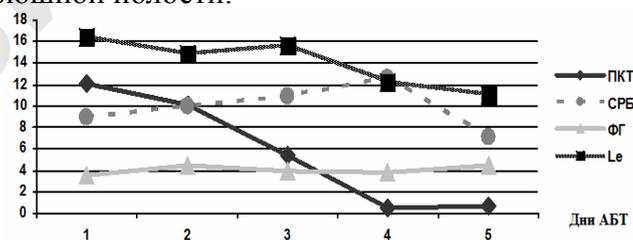


Рисунок 1 — Динамика лабораторных маркеров воспаления при положительном эффекте АБТ (n = 16)

Уровень СРБ постепенно нарастал до 4 суток; к 5 суткам происходило его снижение на 43,6 % ($p = 0,037$), количество Le снижалось к 5 суткам на 27,4 % (с 16,4 [12,8; 19,3] $\times 10^9$ /л до 11,9 [10,1; 13,7] $\times 10^9$ /л) ($p = 0,042$), что свидетельствует о чувствительности данных тестов в ответ на АБТ, однако исключает возможность их использования в качестве ранних маркеров. Уровень ФГ в течение 5 дней не изменялся, что исключает

возможность использования его как параметра адекватности АБТ.

Таким образом, определение количества ПКТ у пациентов с деструктивными заболеваниями брюшной полости позволяет проводить оценку эффективности АБТ на 3 сутки, количество лейкоцитов и СРБ — на 5 сутки от начала АБТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Прокальцитонин: новый лабораторный диагностический маркер сепсиса и гнойно-септических осложнений в хирургии / Б.Р. Гельфанд [и др.] // Вестник интенсивной терапии. — 2003. — № 1 — С. 38–47.
2. Rau, B. The clinical value of procalcitonin in the prediction of infected necrosis in acute pancreatitis / B. Rau, G. Steinbach, K. Baumgart // Intensive Care Med. — 2000. — № 26 (Suppl 2). — P. 159–164.
3. Bohuon, C. A brief history of procalcitonin / C. Bohuon // Intensive Care Med. — 2000. — № 26 (S2). — P. 146–147.
4. Kylänpää-Bäck, M. L. Procalcitonin strip test in the early detection of severe acute pancreatitis. / M. L. Kylänpää-Bäck // British Journal of Surgery. — 2001. — № 88 (2). — P. 222–227.
5. Nijsten, M. Procalcitonin behaves as a fast responding acute phase protein in vivo and in vitro / M. Nijsten // Crit. Care Med. — 2000. — № 28 (2). — P. 458–461.

УДК796.422:572

ПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ БЕГОВЫХ ТРЕНИРОВОК НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Цыганков В. В.

Научный руководитель: старший преподаватель *А. В. Чевелев*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Республика Беларусь, г. Гомель

Введение

Бег — это самый доступный из всех видов занятий физкультурой. Ведь он не требует каких-то специально оборудованных залов или площадок, а также не требует специальной подготовки или навыков [1].

Как относиться к бегу? Стоит ли рассматривать его как общеоздоровительную процедуру, или это скорее специфический вид физической активности, который подходит тем, кто ставит своей целью определенные спортивные достижения? Полезен ли бег, или его положительное влияние на организм нивелируется его же недостатками? Наконец, как относиться к бегу — как к тренировке тела, или это в первую очередь закалка духа и морально-волевых качеств? Давайте попробуем хоть немного разобраться и ответить на поставленные выше вопросы [2].

Цель

Изучить влияние беговых тренировок на организм человека.

Материалы и методы исследования

Анализ научно-методической литературы.

Результаты исследования и их обсуждение

Бег является ценным средством физического воспитания, его интенсивно используют в занятиях с детьми, молодежью, в производственной и гигиенической гимнастике, подготовке военнослужащих, при занятиях физической подготовкой с людьми пожилого возраста и лечебной физкультуре. В спорте бег составляет около 2/3 видов легкой атлетики, входит в состав почти всех других видов спорта. При соблюдении определенных правил, бег является отличной профилактикой заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной, мочеполовой, эндокринной, нервной систем, а также неиссякаемым источником бодрости и хорошего настроения [3].

Регулярные пробежки тренируют нашу дыхательную систему, способствуют увеличению жизненной емкости легких и повышают васкуляризацию легочной ткани. Это в свою очередь обеспечивает лучшую оксигенацию крови и повышение устойчивости к