

указывает, что доктор — это: 1) ученое звание; 2) врач (разговорная форма). В «Толковом словаре живого великорусского языка» В. Даля и в «Словаре русского языка» С. И. Ожегова, в «Новом толково-словообразовательном словаре русского языка» Т. Ефремовой указано, что доктор [муж. род]: 1) специалист с высшим медицинским образованием, имеющий право заниматься лечебно-профилактической деятельностью, врач; 2) высшая ученая степень, присуждаемая обычно на основании защиты диссертации; б) лицо, имеющее ученую степень доктора.

Следовательно, врач — это практикующий специалист с высшим медицинским образованием, который имеет соответствующую квалификацию по специальности.

Доктор — это следующая за кандидатом наук ученая степень, которая характеризует человека, как исследователя.

Доктор наук (даже по медицине) не обязательно должен быть врачом. Врач, в свою очередь, совершенно не обязан иметь ученую степень доктора или кандидата.

Значит, слово «доктор» обозначает понятие более широкое, чем слово «врач». «Доктор» — многозначное слово, одним из значений которого является значение, тождественное слову «врач». И часто только для разговорной речи.

Необходимо отметить, что носители русского языка часто смешивают эти два понятия в таких ситуациях, когда хотят выразить свою признательность врачу или обратиться к нему с просьбой. (Например, благодарю вас, доктор, вместо благодарю вас, врач; Доктор, скажите...)

Разговорная речь всегда оказывала влияние на литературный язык. Под влиянием повседневной речи слово «доктор» все больше входит в активный запас русского языка в значении, соответствующем слову «врач». Подтверждение этому мы находим и в различных словарях русского языка.

Вот такие неожиданные отличия обнаружились у распространенных синонимов русского языка «врач» — «доктор».

Вывод

В результате нашего исследования мы установили, что значение слова «доктор» в русском языке намного шире значения слова «врач». Будучи многозначным словом, слово «доктор» только в одном значении является синонимом слову «врач», при этом некоторые словари указывают, что это грамматически верно только в разговорной речи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Большой энциклопедический словарь. Издание. — Советская энциклопедия, 1993.
2. Даль, В. Толковый словарь живого великорусского языка, 1978.
3. Ефремова, Т. Новый толково-словообразовательный словарь русского языка, 2000.
4. Ожегова, С. И. Словарь русского языка, 1991.
5. Ушаков, Д. Н. Толковый словарь русского языка, 1940.

УДК 616-097+616-018.54].616.922.282-074

АНТИГЕНЫ ГАЛАКТОМАННАНА И МАННАНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ — ПЕРСПЕКТИВНЫЕ МАРКЕРЫ В ДИАГНОСТИКЕ ИНВАЗИВНЫХ МИКОЗОВ

Старовойтов А. А., Ярец Ю. И.

Научный руководитель: к.м.н. Ю. И. Ярец

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

За последние десятилетия микозы стали важной клинической проблемой. Развитие

медицинских технологий (инвазивных диагностических и лечебных процедур, цитостатической и иммуносупрессивной терапии, трансплантации органов и пр.), применение адекватных и высокоэффективных схем терапии онкологических заболеваний и возрастание числа трансплантаций внутренних органов — все это привело к значительному росту инвазивных микозов (ИМ). ИМ у пациентов с тяжелыми заболеваниями, особенно у онкогематологических пациентов, относящихся к группе наибольшего риска, пациентов, находящихся в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), а также у пациентов после трансплантации внутренних органов являются очень важной мишенью для применения адекватной профилактической, эмпирической и превентивной противогрибковой терапии. Это обусловлено не только высокой частотой встречаемости ИМ у данных пациентов, но и высокими показателями смертности и материальными затратами на ведение таких больных. При этом своевременная постановка диагноза обеспечивает наиболее оптимальный прогноз у данной категории больных [1].

ИМ представляют собой дополнительные трудности при лечении иммунокомпрометированных пациентов и являются одной из основных причин смерти у больных с лейкозами, после аллогенной трансплантации кроветворных стволовых клеток и реципиентов внутренних органов, у которых, как правило, проводится мощная иммуносупрессивная терапия. Высокие показатели летальности связаны, прежде всего, с тем, что у данных пациентов далеко не всегда удается поставить ранний диагноз или хотя бы заподозрить наличие инфекционного процесса. Это связано с неспецифическими клиническими проявлениями, неадекватным иммунным ответом, низкой чувствительностью таких классических методов как микроскопия, культуральное исследование, гистология и компьютерная томография. Тем не менее, показатели выживаемости можно заметно улучшить при более раннем старте противогрибковой терапии. Временной период от начала развития грибковой инфекции до появления клинических признаков и симптомов представляет наиболее оптимальный промежуток времени для превентивных терапевтических вмешательств. В этой связи, значимую роль в решении вопроса о начале превентивной терапии играют ранние диагностические тесты [2]. Современные лабораторные тесты включают обнаружение в сыворотке крови пациентов циркулирующих антигенов, которые представляют собой компоненты грибковой клеточной стенки: галактоманна (ГМ) и маннана (М) и являются высокоиммуногенными. Галактоманнан — полисахарид клеточной оболочки грибов рода *Aspergillus*, который высвобождается в процессе роста гиф в тканях. Маннан располагается на поверхности клеток ростовых трубочек грибов рода *Candida*, при этом появление псевдомицелия у данных дрожжевых грибов наблюдается преимущественно при ИМ. Иммунологические маркеры обладают достаточной чувствительностью и специфичностью, имеют значение для принятия терапевтических решений. Отмечено, что имея клинические и лабораторные данные, необходимые для назначения современной противогрибковой терапии, можно снизить летальность противогрибковой инфекции у пациентов ОРИТ [3].

Цель

Оценить уровень ГМ и М в сыворотке иммунокомпрометированных пациентов.

Материал и методы исследования

В исследование было включено 86 пациентов с гемобластозами, находившихся на лечении в отделениях ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» (Гомель, Беларусь) — гематологическом, ОРИТ, интенсивной химиотерапии. Пациентам оценивали уровень ГМ и М в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа (использованы соответственно иммунологические наборы Плателия *Aspergillus* ИФА, BIO-RAD, Москва и Serion ELISA antigen *Candida*, Германия). Наличие или отсутствие ГМ антигенов определялось на основании расчета

коэффициентов для каждого образца. Коэффициент вычисляли из отношения оптической плотности тестируемого образца к средней оптической плотности контролей. Сыворотка с коэффициентом $< 0,5$ оценивалась как отрицательная на ГМ антиген, $\geq 0,5$ — как положительная. Уровень М в сыворотке оценивали по прилагаемой к набору калибровочной кривой и выражали в Ед/мл.

Результаты исследования и их обсуждение

В таблице 1 приведены данные оценки уровней ГМ и М в сыворотке крови пациентов с гемобластозами, полученные при первичном обследовании.

Таблица 1 — Результаты анализа ГМ и М антигенов в сыворотке крови онкогематологических пациентов

Результат оценки	Галактоманнан		Маннан	
	значение, коэффициент	% (n)	концентрация, Ед/мл	% (n)
Отрицательный	$< 0,5$	13 (11)	$< 1,4$	93 (80)
Сомнительный	—	—	1,4–2,6	0 (0)
Положительный	$\geq 0,5$	87 (75)	$> 2,6$	6 (6)

Как видно из таблицы 1, при первичном обследовании пациентов с гемобластозами положительный результат обследования на ГМ антиген выявлялся чаще, чем М антигена — соответственно в 87 (n = 75) и 6 % случаев (n = 6).

Известно, что среди иммунокомпрометированных пациентов, преобладающей мишенью для инвазивного аспергиллеза являются пациенты с гемобластозами (острый и хронический лейкозы, миеломная болезнь, миелодиспластический синдром). Частота развития инвазивного аспергиллеза у онкогематологических пациентов достигает 25 %, при этом летальность варьирует от 40 до 80 %. Отмечено, что инвазивный кандидоз преимущественно развивается у пациентов ОРИТ, и длительная госпитализация (более 7 суток) в такие отделения является одним из основных факторов риска развития системного кандидоза [1, 2, 3].

Несмотря на наличие положительных результатов определения ГМ антигена в сыворотке, клинических и инструментальных доказательств инвазивного аспергиллеза у обследуемых пациентов выявлено не было. Положительные реакции, полученные при первичном обследовании, должны быть учтены даже при отсутствии клинических симптомов, в связи с тем, что в последующем они будут соответствовать «истинно положительным результатам, когда будет поставлен доказанный диагноз аспергиллеза. Доказано, что положительный результат на ГМ антиген регистрируется на неделю раньше, чем проявления на компьютерной томографии и предшествует симптомам в 40 % случаев. С другой стороны, одновременное определение ГМ и выявление легочных инфильтратов с помощью компьютерной томографии на ранних стадиях улучшают диагностику ИМ и позволяют раньше начать противогрибковую терапию. В связи с этим для всех пациентов с положительными результатами теста рекомендуется проводить повторное тестирование в динамике не реже двух раз в неделю [4, 5].

Таким образом, определение антигенов ГМ и М является полезным дополнительным методом ранней диагностики, и рекомендуются в качестве серийного скрининга среди пациентов высокого риска. В последующем мы планируем провести анализ динамики ГМ и М у онкогематологических пациентов и сопоставить результаты с клиническими, инструментальными, также другими лабораторными признаками ИМ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Prognostic factors for death due to invasive aspergillosis after hematopoietic stem cell transplantation: 1-year retrospective study of consecutive patients at French transplantation centers / C. Cordonnier [et al] // Clin Infect Dis. — 2006. — Vol. 42. — P. 955–963.

2. Clinical impact of enhanced diagnosis of invasive fungal disease in high-risk haematology and stem cell transplantant patients / R. A. Barner [et al] // J. Clin. Pathol. — 2009. — Vol. 62. — P. 64–69.
3. Schelenz, S. Management of candidiasis in the intensive care unit / S. Schelenz // J. Antimicrob. Chemother. — 2008. — Vol. 61. — P. 131–134.
4. Defining opportunistic invasive fungal infections in immunocompromised patients with cancer and hematopoietic stem cell transplants: an international consensus / S. Ascioglu[et al] // Clin Infect Dis. — 2002. — Vol. 34, № 1. — P. 7–14.
5. Prospective clinical evaluation of lower cut-offs for galactomannan detection in adult neutropenic cancer patients and haematological stem cell transplant recipients / J. Maertens [et al] // Br J Haematol. — 2004. — Vol. 126. — P. 852–860.

УДК 616.711.6- 007.43-089

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МНОГОУРОВНЕВЫХ ГРЫЖ ПОЯСНИЧНЫХ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

Степанец О. В.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Хирургическое лечение грыж межпозвонковых дисков (МПД) является общепризнанным и часто используемым методом [1, 2]. При этом проблемным остается вопрос результативности поясничной секвестрэктомии. Вопрос определения качества жизни и оценки критериев жизнедеятельности остается актуальным на различных этапах восстановительного лечения [3].

Изучение последствий хирургических вмешательств при грыжах поясничных межпозвонковых дисков позволит корректировать сроки и показания к вмешательству и точнее планировать период реабилитации.

Цель и методы исследования

Анализ результатов хирургического лечения многоуровневых поясничных межпозвонковых грыж.

Проведен анализ отдаленных последствий (более 1 года) хирургического лечения 73 чел. с множественными грыжами МПД на поясничном уровне. Операции выполнялись в 2008–2013 гг. в Гомельской областной клинической больнице. Проанализированы следующие показатели: характер трудовой деятельности, частота обращаемости за стационарной неврологической помощью и условия появления боли в поясничном отделе позвоночника.

Результаты исследования

Медико-социальная экспертиза в отдаленном периоде хирургического лечения

Изучение отдаленных результатов дискэктомии на поясничном уровне общепринятым методом проводилось путем анкетирования пациентов. Опрошено 73 респондента. Мужчин было 51 (69,9 %), женщин — 22 (30,1 %). Городские жители составили 54 (74,0 %) чел., сельские — 19 (26,0 %).

Один из наиболее важных социальных показателей, характеризующий состояние здоровья человека, его работоспособность. Данные о трудоспособности оперированных представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Характер трудовой деятельности пациентов после секвестрэктомии

Число пациентов, $\frac{n}{\%}$	Вид трудовой деятельности					
	работу не меняли	перешли на более легкую работу	на более тяжелую	пенсионеры по возрасту	не работали в связи с инвалидностью	не имели группу и не работали
73	29	21	1	3	3	16
100,0	39,7	28,8	1,4	4,1	4,1	21,9