

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 Средневековье 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 спасения. 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](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»

## г. Гомель, Республика Беларусь

### **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 |
| Эпилепсия                          | 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).

### **Выводы**

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)  $\alpha$ -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 ( $\text{Na}_2\text{HPO}_4$ ). Мы следили за процессом коагуляции путем фотометрического измерения степени помутнения коллоидного раствора, вызванного добавлением небольших порций электролита.

### *Обсуждение полученных данных*

Коэффициент помутнения можно рассматривать как параметр, характеризующий скорость седиментации фосфатов, уратов и оксалатов кальция. Кинетические кривые коагуляции представлены на рисунке 1.